

Die Bauchpresse
diesmal mit
11 Seiten Mega - Comic
Neuigkeiten vom GSG und AiW
Titelstory Umweltschutz im Krankenhaus
- Zentralklinikum -
asept aqua
Müll
Vom Po zur Halde - Wie wird aus einer Kanüle Kompost?
Unabhängige Studierendenzeitung der MUL
Ausgabe Nr. 3
15. Januar 1994



Editorial

In letzter Zeit habe ich häufiger diesen brennend-stechenden Schmerz so linksthorakal, wenn ich an die schleppend einlaufenden Werbeaufträge denke. Monika erfindet verzweifelt immer neue Auftraggeber, aber Beate Uhse will einfach nicht bei uns werben, obwohl wir nach Kräften bemüht waren, darzutun, daß gerade die vielbeschäftigten Studenten (hier mal nicht Innen), die um 21:30 die Labore, Schöpfungsstätten weltbewegender Doktorarbeiten, verlassen, viel zu kaputt sind, auf den Mensaparties Eroberungen zu machen, und deshalb für eine Adresse zur Triebabfuhr äußerst dankbar seien. Die Bahn-Beamten-AG kann gar nicht werben, weil sie gar nicht weiß, wie sie demnächst heißt, wahrscheinlich hätten wir die Kosten auch vorstrecken müssen (oder hätte man noch vor der Entschuldung einig werden müssen?). Angesichts dessen schluckt Susanne noch einen Beutel Maaloxan, wenn sie Thomas nervös auf- und abwandelnd vor dem FaxGerät sieht in der Hoffnung, einer der Verlage werde doch noch bei uns vorstellig.

Als die Verzweiflung jedoch am größten war, da konzentrierten wir uns und berechneten die Druckkosten (natürlich in linearer Näherung), zählten die namhaften und auf medizinischem Gebiet tätigen Verlage zusammen und addierten zu diesen die wohlgesonnenen Kneipen- und sonstigen Besitzer - und fanden eine runde, große Null, die Zahl nämlich, die sich immer genau dann auf unserem Konto befände, wenn wir unsere (und in erfreulichem Ausmaß der Leser) Elaborate zum Drukker tragen und diesem damit einen Auftrag erteilen, den wir bezahlen müssen, auch wenn z.B. (was noch nicht passiert ist) die Werbeeinnahmen verspätet fließen .

"Befände", wäre da nicht eine Sicherheit, die der ASTA uns vor einem Jahr zum Start überwies und die uns zwar den Zwangsvollstrecker erspart, aber nun Bedenken weckt hinsichtlich der Unabhängigkeit, die draußen auf der Titelseite prangt. Nicht etwa, daß wir das Gefühl hätten, beim ASTA seien irgendwelche Skandale aufzudecken, sondern weil wir glauben, daß Aktivitäten der StudentInnen nur davon profitieren können, wenn sie unter möglichst vielen verschiedenen Dächern ausgebrütet werden (solange die eine Hand noch weiß, was die andere tut). Deswegen also wollen wir diesen ASTA-Kredit zurückzahlen und bekommen dazu in diesem Jahr je Ausgabe 450,-, um dereinst (in zwei Jahren), die Rücküberweisung tätigen zu können.

Apropos dereinst: Damit das Geld nicht schon vorher wegen personellen Zusammenbruchs der Zeitung zurückfließt (wozu wir uns verpflichtet haben), bitten wir um dringende Resonanz auf beigefügte Stellenanzeige (es könnte die einzige sein, bei der man nur auf Euch wartet!).

Bauchpresse

Wir sind eine aufstrebende, junge StudentInnenzeitung an einer aufstrebenden, jungen Universität und suchen ab sofort

Redakteurinnen und Redakteure

Wir bieten: Jede Woche interessante Diskussionen, Gelegenheit, den Einzelhandel vor Ort kennenzulernen, Gelegenheit, beim Zeitungsverkauf ungestraft jeden Kommilitonen anlabern zu können, Gelegenheit, von unserem Layoutteam in unser interessantes, aber gelegentlich eigenwilliges Textverarbeitungssystem eingeführt zu werden, kurz: die ganze Welt der Presse!

Wir treffen uns : Im WS dienstags, im SS donnerstags, jeweils 11:15 im ASTA-Schuppen!



Inhaltsverzeichnis



»Schlechte Nachrichten, nicht wahr, Doktor?« John F. Albano, USA. © ali.

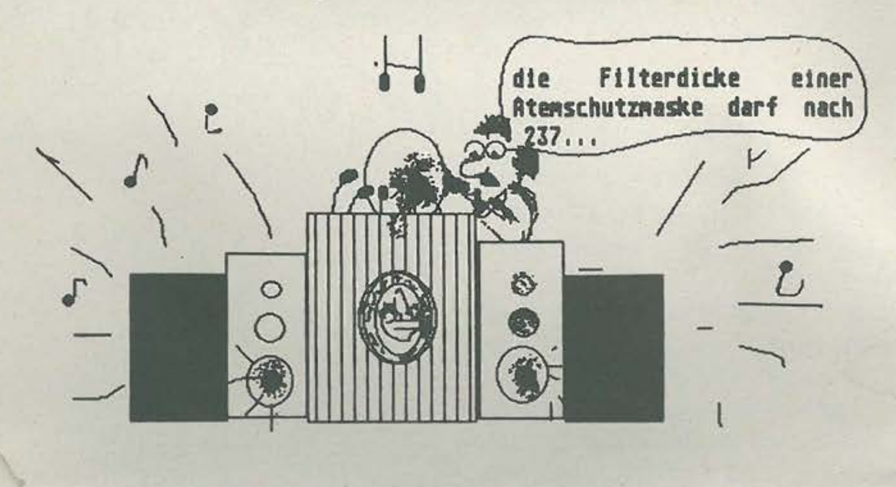


Jetzt seins` doch a Bisserl leiser

Über die Lübecker Vorlesungskultur bzw. den "Anwesenheitspflichtkult"

Als im Juli das Sommersemester dem wohlverdienten Ende entgegenging, da überkam sicher den Einen oder Anderen ein Gefühl der Erleichterung, wenn auch aus ganz verschiedenen Gründen. Während die Aufregung im Lager der Studenten vornehmlich durch die unterschiedlich schwer zu erhaschenden Scheine und die sich darum rankenden Gerüchte entstand, sahen sich zumindest einige Dozenten von der Geißel der Vorlesung befreit. Besonders in den ökologisch - dynamischen Fachkreisen, so munkelt man, war dies auch kein leichtes Tun, obwohl (oder gerade weil ?) dank der fragwürdigen Institution der **Anwesenheitsliste** jedwede Konfrontation eingesetzt. Auch die in den vermeintlich sicheren hinteren Reihen postierten Gesprächsrunden wurden so zerschlagen, und selbst eingefleischte DOBAZ - Gegner wurden im direkten Blickkontakt zu andächtigen Lauschern. Aber auch angesichts solcher Erfolge in der Unruhebekämpfung bleibt die Frage, wie so oft in der Medizin: Wäre es nicht besser, das Übel kausal auszumerzen als an den Symptomen herumzupfuschen?





Vorlesung vor vollen Rängen stattfand. Zuweilen entstand bei einer derartigen Ausnutzung des Raumes eine Geräuschkulisse, die es nur mit geballtem Einsatz von Verstärkertechnik erlaubte, einige Unterpunkte der Lärmschutzverordnung zu erläutern.

Als weitere wirksame Waffe gegen die desinteressierte, unermüdlich brabbelnde Studentenschar wurde die direkte

Wichtigster Ansatzpunkt wäre da der **Wegfall der Anwesenheitskontrolle!** Das würde zwar den Besucherandrang drastisch reduzieren, diejenigen aber, die trotzdem erschienen, hätten wenigstens Interesse. Die Teilnehmerzahl einer Vorlesung wird leider weniger durch deren Güte als durch deren Prüfungsrelevanz und die Zeit, zu der sie stattfindet, bestimmt. So wurde z.B. die sehr gute Chirurgievorlesung eine Woche vor Semesterende wegen mangelnder Beteiligung gestrichen. Um zukünftig mehr Studenten zu einer regelmäßigen Teilnahme an dieser Veranstaltung zu bewegen, ist nun auch hier eine Anwesenheitskontrolle geplant. Damit, das zeigen die Erfahrungen aus der plastischen Chirurgie, gelingt es spielerisch, selbst Mo. morgens um 8.00 c.t.. vor vollen Rängen zu lesen... Also genaugenommen stößt ja der weitaus größte Teil der Besucher erst in der letzten Viertelstunde dazu, nicht ganz ohne Geräuschentwicklung, versteht sich, mit etwas Konzentration kann man aber mühelos den Worten des Referenten folgen. Und wenn nicht, so kann man sich wenigstens an den Schattenspielen der sich vor der Wand bzw. vor dem Diaprojektor tummelnden Kommilitonen erfreuen, jedenfalls bis zur Freigabe der Liste, aber lassen wir das.

Alles, was ich sagen will, ist: **keine Anwesenheitspflicht bei Vorlesungen!!!**

D.V.



Vom Po zur Halde

oder

Wie wird aus einer Kanüle Kompost ?

Jeder, der schon einmal im Krankenhaus gearbeitet hat, weiß, worum es geht. Man reißt auf, wechselt aus, wischt ab, punktiert, saugt ab ... verwirft, konkret: man schmeißt weg !! Alles ist Routine, nachdenken nicht nötig. Wenn man es aber tut, fällt einem vielleicht auf, wie sorglos wir davon ausgehen, daß in unserer modernen, umweltbewußten Gesellschaft alles seinen rechten Weg findet.

Wir wollen an dieser Stelle eine kritische Bestandsaufnahme versuchen, Fehler und Denkblockaden aufdecken und ein paar Vorschläge in die Diskussion einbringen. Literatur, Recherchen auf Station und Interviews bei den verschiedenen Ressorts sind Grundlage des Artikels. Hierbei fanden wir die unterschiedlichsten Standpunkte, trafen aber durchweg auf Hilfsbereitschaft.

Einweg - der bessere Weg ?

Das Duale System Deutschland (DSD) wurde im Mai ' 93 eingeführt und war von Anfang an stark umstritten. Vergeblich sucht der Student während seiner Extrawachen auf Verpackungen und Windeln nach einem grünen Punkt. Konnte das DSD im Krankenhausalltag tatsächlich keinen Fuß fassen ? In der Tat, so konnten wir in Lübeck von allen zuständigen Abteilungen hören. Das Duale System basiert bekanntermaßen auf vermischtem Müllabtransport mit nachfolgender Sortierung. Der Versuch der Einführung eines bundeseinheitlichen Entsorgungssystems verdient Lob, doch dürfen seine Nachteile nicht unerwähnt bleiben :

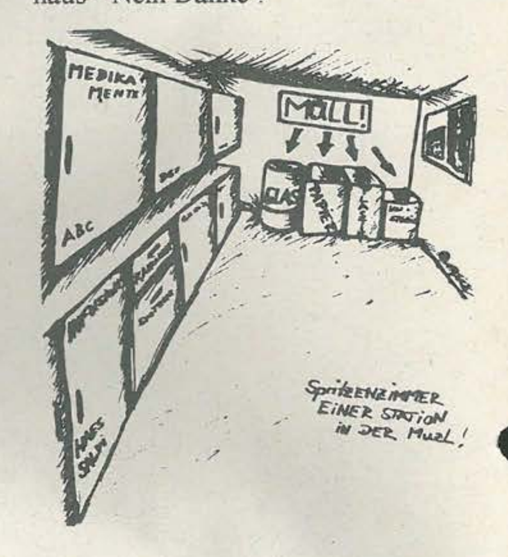
1. Auf diesem Wege ist **höchstens** ein sog. **Downcycling**[1] an sich hochwertiger Materialien möglich. Direktes Wiederverwenden solcher Sekundärrohstoffe ist extrem aufwendig. Ein Mehrwegsystem hingegen bietet u. a. folgende Vorteile : die Abfallmenge per se wird verringert und das Gebrauchsgut kehrt auf dem selben Standard an den Anfang der Verbrauchskette zurück, bevor es nach mehreren Zyklen weggeworfen wird.

2. Krankenhausmüll wird von den Entsorgungsunternehmen des DSD überhaupt **nicht sortiert** ! Der einleuchtende Grund ist schlicht das Ekelgefühl gegenüber solchen Abfällen.

3. Der Gesetzgeber fordert **Müllvermeidung** an erster Stelle, die jedoch durch das System des grünen Punktes eher noch behindert wird. Wer hat es nicht an sich selber bemerkt, daß er wieder sorgloser den Joghurt im Becher als im Glas kauft, wird doch alles wunderbar recycelt. Solchermaßen entstandene Trugschlüsse müssen zwangsläufig Innovationskraft und -bereitschaft lähmen.

4. Selbstverständlich gibt es hierzu unterschiedliche Meinungen. Dies führt dazu, daß zum Beispiel ein Arbeitskreis hessischer Krankenhäuser komplett auf den Grünen Punkt setzt, eine Hamburger Gruppe ihn dagegen völlig ablehnt. Gespaltene Lager aber **verhindern** eine **konstruktive Zusammenarbeit** und schwächen das geschlossene Auftreten von Initiativen gegenüber Industrie und Gesetzgeber.

Darum lautet der Tenor auch an der MUL: DSD im Krankenhaus - Nein Danke !



Was ist Krankenhausmüll ?

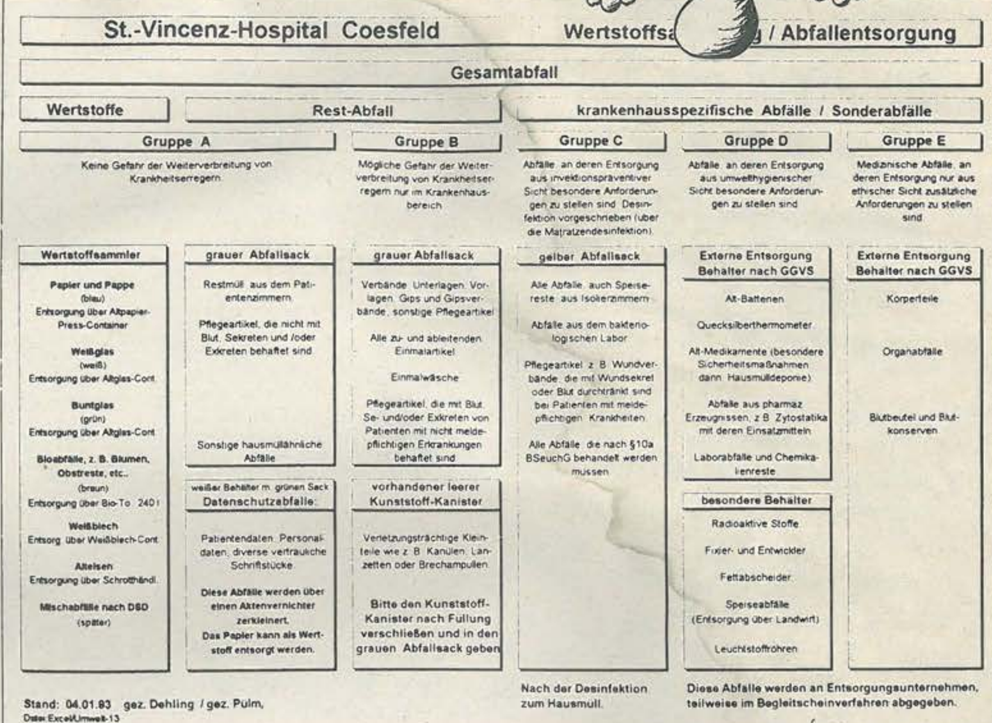
Zuerst wird man an Infusionsflaschen, Kanülen und blutverschmierte Verbände denken. Richtig. Nur, wie passen

[1] Aus ursprünglich aufwendig hergestellte Gerätschaften entsteht ein Kunststoffgemisch, das dann nur noch zur Herstellung der bekannten Parkbänke geeignet ist.

Altpapier und Joghurtbecher in das Konzept ? Machen wir es doch wie die amerikanischen Politiker und erklären alles anhand eines Schaubildes.

Aus:
Krankenhaus-Umschau 3/93
(Wir entschuldigen uns für den geistigen Diebstahl!)





St.-Vincenz-Hospital Coesfeld — **Wertstoffsa[…]g / Abfallentsorgung**

Gesamtabfall

Wertstoffe | **Rest-Abfall** | **krankenhausspezifische Abfälle / Sonderabfälle**

Gruppe A		**Gruppe B**	**Gruppe C**	**Gruppe D**	**Gruppe E**
Keine Gefahr der Weiterverbreitung von Krankheitserregern		Mögliche Gefahr der Weiterverbreitung von Krankheitserregern nur im Krankenhausbereich	Abfälle, an deren Entsorgung aus invektionspräventiver Sicht besondere Anforderungen zu stellen sind. Desinfektion vorgeschrieben (über die Matratzendesinfektion).	Abfälle, an deren Entsorgung aus umwelthygienischer Sicht besondere Anforderungen zu stellen sind	Medizinische Abfälle, an deren Entsorgung nur aus ethischer Sicht zusätzliche Anforderungen zu stellen sind
Wertstoffsammler	**grauer Abfallsack**	**grauer Abfallsack**	**gelber Abfallsack**	**Externe Entsorgung Behälter nach GGVS**	**Externe Entsorgung Behälter nach GGVS**
Papier und Pappe (blau) Entsorgung über Altpapier-Press-Container **Weißglas** (weiß) Entsorgung über Altglas-Cont. **Buntglas** (grün) Entsorgung über Altglas-Cont. **Bioabfälle, z. B. Blumen, Obstreste, etc..** (braun) Entsorgung über Bio-To. 240 l **Weißblech** Entsorg. über Weißblech-Cont. **Alteisen** Entsorgung über Schrotthändl. **Mischabfälle nach DSD** (später)	Restmüll aus dem Patientenzimmern. Pflegeartikel, die nicht mit Blut, Sekreten und /oder Exkreten behaftet sind. Sonstige hausmüllähnliche Abfälle	Verbände, Unterlagen, Vorlagen, Gips und Gipsverbände, sonstige Pflegeartikel Alle zu- und ableitenden Einmalartikel Einmalwäsche Pflegeartikel, die mit Blut, Se- und/oder Exkreten von Patienten mit nicht meldepflichtigen Erkrankungen behaftet sind	Alle Abfälle, auch Speisereste, aus Isolierzimmern Abfälle aus dem bakteriologischen Labor Pflegeartikel, z. B. Wundverbände, die mit Wundsekret oder Blut durchtränkt sind bei Patienten mit meldepflichtigen Krankheiten Alle Abfälle, die nach §10a BSeuchG behandelt werden müssen	Alt-Batterien Quecksilberthermometer Alt-Medikamente (besondere Sicherheitsmaßnahmen dann Hausmülldeponie) Abfälle aus pharmaz. Erzeugnissen, z. B. Zytostatika mit deren Einsatzmitteln Laborabfälle und Chemikalienreste	Körperteile Organabfälle Blutbeutel und Blutkonserven
	weißer Behälter m. grünen Sack **Datenschutzabfälle:**	**vorhandener leerer Kunststoff-Kanister**		**besondere Behälter**	
	Patientendaten, Personaldaten, diverse vertrauliche Schriftstücke. **Diese Abfälle werden über einen Aktenvernichter zerkleinert. Das Papier kann als Wertstoff entsorgt werden.**	Verletzungsträchtige Kleinteile wie z. B. Kanülen, Lanzetten oder Brechampullen. **Bitte den Kunststoff-Kanister nach Füllung verschließen und in den grauen Abfallsack geben**		Radioaktive Stoffe Fixier- und Entwickler Fettabscheider Speiseabfälle (Entsorgung über Landwirt) Leuchtstoffröhren	
			Nach der Desinfektion zum Hausmüll.	**Diese Abfälle werden an Entsorgungsunternehmen, teilweise im Begleitscheinverfahren abgegeben.**	

Stand: 04.01.93 gez. Dehling / gez. Pülm,
Datei Excel/Umwelt-13

Entsprechend dieser Einteilung gibt es verschiedene **Entsorgungsvorschriften**, mittlerweile auch auf EG - Ebene.

Leicht nachzuvollziehen ist der Hausmüllcharakter der Gruppe A . Interresanterweise landen auch Verbände und Windeln, also Gruppe B einfach auf der Hausmülldeponie, genauso wie C - Müll, der allerdings vorher desinfiziert wird. Nur D - und E - Abfälle werden gesondert verbrannt, unsere in Kiel. Auf Station könnte ein Rollwagen mit Behältern für die verschiedenen Abfallfraktionen Abhilfe schaffen. Die Behälter werden bei Bedarf abgeholt. Eigentlich ein einfaches, praktikables Konzept. Wo soll das Wägelchen aber dann stehen ? Im dafür vorgesehenen Raum liegt nämlich der zusätzliche Privatpatient. Und auf dem Flur stehen bereits ganz zufällig die Putz - und Wäschewagen, die unauffällig 24 Stunden am Tag den Weg versperren.

Hier sei auch ein weiteres wesentliches Problem angesprochen, mit dem eine engagierte Abfallpolitik an Krankenhäusern zu kämpfen hat.

Es ist **der/die Arzt/ Ärztin** : Er / Sie hat nämlich die Schlüsselposition inne, die Erfolg oder Mißerfolg neuer Konzepte bestimmt.

- Etablierte Ärzte/innen folgen meist bestimmten Schulen und sind an gewisse Materialien oder Fabrikate gewöhnt. Bei Entscheidungen für und wider werden selten Umweltaspekte beachtet.

- Dem/ Der strebsamen Jungmediziner/in ist das Wohlergehen seiner/ ihrer Patienten/innen - speziell an einer Uniklinik - oft nur willkommenes Argument gegen unbequeme Umweltschutzaspekte, geht es doch oft auch um seine/ihre Karriere. Diagnostisch wie therapeutisch wird kompromißlos jede Möglichkeit bis ins letzte ausgereizt und auf der Jagd nach dem Facharzt oder der Oberarztstelle so von Station zu Station gejettet, daß ein ruhiges Wahrnehmen von spezifischen Umweltproblemen - ganz zu schweigen von Initiative- selten möglich ist. Außerdem kommt der Arztbukkel nicht von ungefähr. Wer auffällt, riskiert seine Position.

- Last not least - wer kennt nicht den gedankenverlorenen Arzt, der auch 'mal Braunülen auf dem Frühstückstablett des/der Patienten/in zurückläßt. Genau diese Kanüle ist es dann, die eine leichte Entsorgung des Mülls verhindert.

Abfallvermeidung durch gezielten Einkauf

Pharmakonzerne und medizinische Ausrüster bieten im Kampf um Marktanteile mehr und mehr abfallsparende Produkte an. Die Abnehmer können nun durch gezielten Einkauf die



Entwicklung beschleunigen. Absauggeräte bestehen neuerdings aus einheitlichem Material. Kunststoffgemische gehen zurück an den Hersteller, PE ersetzt das in Herstellung wie Verbrennung umweltgiftige PVC. Leicht lassen sich die Unmengen an Verpackungsmüll reduzieren. In der Tat wurden bereits Hol - und Bringsysteme für Medikamente eingeführt, die dem Pfandsystem unserer Bierkiste ähneln. Die Pfandkiste mit Infusionsflaschen also. Das System funktioniert leider noch nicht mit den Flaschen (warum nur ??), außerdem existieren verschiedene Anbieter mit verschiedenen Systemen, was Verwirrung schafft. An diesem Punkte sollten sich die Einkäufer der Krankenhäuser einigen und sich für ein System entscheiden.

MUL speziell

Die Uni - Lübeck zählt 1200 Betten und ist somit knapp zu den mittleren KH's zu rechnen. Von 4500 Mitarbeitern sind etwa 800 ärztlich bzw. wissenschaftlich tätig, 34000 Patienten/innen kommen jährlich auf 59 Stationen und 31000 durchlaufen die Polikliniken.

Etwa 1000 Tonnen Hausmüll fielen dieses Jahr bereits an, das sind in leicht vorstellbarer Dimension ausgedrückt (ungepreßt) ca. 250 000 "Gelbe Säcke". Aneinandergelegt würden sie eine Länge von 150 km erreichen.

Am wenigsten Probleme bereitet wohl die Abfuhr von **Glas.** Die bekannten grünen Iglus stehen auf dem gesamten MUL - Gelände. Nur der sinnvollste Platz, der vor dem Eingang des Zentralklinikums, kann nicht genutzt werden, da der Anblick Professor/innenenaugen beleidigt. Also werden weiterhin die von Patienten/innen und Angehörigen mitgebrachten Flaschen in den Müllkörben landen. Die MUL selbst hat auf Pfandflaschen für Getränke umgestellt.

Interessanterweise muß **Altpapier**, welches überall fleißig gesammelt wird, für teures Geld (160 DM pro t im Vergleich zu 46,60 DM Deponiepreis) entsorgt werden. Der Altpapiermarkt ist gesättigt. Kostenlos abgefahren werden nur noch die Container an der Vorklinik. Soweit vom Pflegepersonal durchgehalten, wird auf Station pflichtbewußt getrennt. Die dadurch notwendige Einzelabfuhr ist aber bisher nur in den Baracken bzw. Pavillons möglich! Der Fahrdienst holt jeden Tag verschiedene Abfallgruppen ab. Warum nicht im Zentralklinikum? Das eigentlich modern wirkende Gebäude errang zwar Architekturpreise, ist aber durch das sehr frühe Planungsstadium (1971) überhaupt nicht für Mülltrennung ausgelegt. Räumlichkeiten für kleine Container auf Station fehlen oder werden anderweitig genutzt. Der "moderne", von einem Zentralrechner gesteuerte automatische Warentransport, der die Klinik unterirdisch durchzieht, ist zu unflexibel, um auch Abfälle zu transportieren, und der Fahrdienst der Uni erreicht die Stationen im Zentralklinikum kaum.

Ebenfalls getrennt entsorgt werden **Kunststoffe und Aluminium**, und die Küche ist zumindest an das Duale System angeschlossen.

Lübeck besitzt eine Desinfektionsanlage, in welcher der C-Müll (die grauen Tonnen auf den Stationen) dampfdesinfiziert wird, eine siffige Angelegenheit. Der so behandelte Abfall landet dann ebenfalls im Hausmüll und schließlich auf der Deponie. Die Entsorgungshygiene verlangt bei solchem potentiell infektiösen Abfall lediglich eine geschlossene Abfallkette, nach dem Motto: Ist die Kanüle erst auf der Halde, ohne daß sich einer gestochen hat, sind wir zufrieden.



Die MUL ist ein sogenannter "Selbstentsorger", zeichnet demnach für eine sachgerechte Abfuhr verantwortlich.(Die Hamburger machen es sich einfacher, indem sie kostengünstigere Fremdfirmen damit beauftragen). Die Verwaltung steht hinter den Bemühungen um eine umweltfreundliche Abfallpolitik, wohl wissend um den Werbeeffekt eines vorbildlichen Hauses. Dennoch fehlt eine klare Dienstanweisung, die auch weniger engagierte Angestellte zum Mitmachen "animiert". Einziges schriftliches Forum scheint die Betriebsratszeitung zu sein. Starke Eigeninitiative ist überall anzutreffen, selten



jedoch Zusammenarbeit, welche mit Hamburg immerhin in Ansätzen erkennbar ist. Mit Kiel dagegen findet man keine gemeinsame Linie.

Im anschließenden Stichpunktkatalog sind die in Lübeck bereits erzielten Erfolge noch einmal aufgelistet.

- Glückstädter Unterlagen statt Einwegunterlagen
- Giebelrohre statt Einwegatemtrainer
- Urinbeutel mit Ablaßhähnen
- Rückgabe von Infusionsflaschen an den Hersteller
- Kanülensammelbehälter
- Porzellanschälchen in der Küche (Problem: werden gestohlen)
- Getrennte Abfuhr von insgesamt ca. 30 Abfallfraktionen von Alu bis Zeitungspapier

Trotz der negativen Umstände sind also schon einige Dinge in Bewegung geraten. Bravo, MUL !!

Und die Zusammenarbeit ?

Nimmt man ein konkretes Beispiel für einen Einmalartikel im Krankenhaus (Einmalabsaugeinheit, -beatmungsschlauchsysteme usw.) und versucht, ihn sich durch Mehrweg ersetzt zu denken, merkt man, wieviele Bereiche angesprochen sind, wenn es im Krankenhaus um so ein einzelnes Ding geht. 1. Der ärztliche Bereich vertritt hygienische Interessen, der/die Patient/in soll optimal versorgt sein (besondere Anforderungen an Produktsicherheit und Patientenverträglichkeit). Auch die Schnelligkeit, mit der ein bestimmtes Material (z.B. als Sets bei Katheterisierungen) verfügbar ist, spielt eine gewisse Rolle.

2. Der pflegerische Bereich sieht seine Aufgaben selbstverständlich in der Patientenversorgung und weniger in technisch - reinigenden Handreichungen.

3. Die Sterilisation wäre bei Mehrwegartikeln verantwortlich für den einwandfreien funktionellen und hygienischen Zustand des ausgegebenen Materials. Daß dieser ohne optimale technische und personelle Ausstattung im Bereich Steri nicht zu realisieren sei, war ein Argu-



ment gegen die Verwendung von Mehrwegartikeln. Dieses Problem des finanziell bedingten Mangels an Infrastruktur



wurde in diesem Zusammenhang oft angesprochen.

Außerdem trat uns in dieser Abteilung - symptomatisch für viele Bereiche - die Meinung entgegen, daß Umweltschutz mit "zurück zur Natur" gleichzusetzen sei, daß errungene Fortschritte zugunsten z.B. der Mehrfachverwendbarkeit von Produkten geopfert werden müßten.Daran, daß kooperatives Interesse an Müllvermeidung vielleicht ein Motor der technischen Entwicklung in diesem Bereich sein könnte, wird nicht gedacht.

4. Der Bereich Einkauf muß ärztliche und pflegerische Interessen integrieren und außerdem auf finanzielle Aspekte achten.

5. Die Entsorgung als Ressort organisiert den Fluß der verschiedenen Abfallströme, wobei oft erstaunliche logistische Probleme zu lösen sind (s.o.).

6. Die Verwaltung hat durch ihre Personal - und Wirtschaftspolitik eine mehr übergeordnet - regulative Bedeutung und ist durch den Geldfluß von der Gesellschaft in das Gesundheitswesen gebunden.

Wo so zahlreiche Einzelinteressen bei einem Problem zusammentreffen, ist nur eine Möglichkeit da, einer Lösung näher zu kommen : sich zusammenzufinden und die einzelnen



Sichtweisen und Ansprüche zu diskutieren.

Dazu konkret: von 1990 bis 1993 bestand in Lübeck eine freiwillige AG Umweltschutz, die sich intensiv und, besonders erfreulich, mit Beteiligung aus fast allen o.g. Bereichen dem Müllproblem zugewandt hat. Das war alles Privatinitiative, zusätzlich zum Dienst und unbezahlt. Sie hat einen Großteil der jetzt praktizierten Möglichkeiten zur Müllvermeidung initiiert, außerdem wohl letztlich die Einrichtung des Entsorgungsressorts (seit 3/'93) sowie die Einstellung eines Umweltbeauftragten bewirkt.

Mit einigem Schrecken mußten wir hören, daß diese Gruppe an personalpolitischen und persönlichen Querelen, die auch mit der Einführung des Grünen Punktes zu tun hatten, gescheitert ist. Ein hoffnungsvoller Neubeginn ist die "Umweltschutz-Kommission" als Nachfolgerin, die bisher ähnlich fachübergreifend zweimal getagt hat.

Um es einmal klar zu sagen: Uns scheint das Sich-Treffen, Sich-Austauschen im Bereich Umweltschutz / Müllvermeidung die **zentrale Voraussetzung** für Verbesserungen. Zusammenarbeit **im** Krankenhaus - wobei ein Interesse von ärztlicher Seite dringend nötig ist - sowie **zwischen** den Häusern ist gemeint.

Vom Kleinen ins Große

Wie man sieht und von allen Seiten zu hören bekommt, hat sich in den letzten zehn Jahren das Umweltbewußtsein im Krankenhausbereich enorm verbessert. Doch ist jede Tonne Müll zuviel, es muß weitergearbeitet werden.

Ein wirklich fundamentales Hindernis ist immer wieder der **Geldmangel**. Wo man hingelangt, heißt es: Wir haben zu wenig Personal, zu wenig technische und bauliche Möglichkeiten, sprich: zu wenig Geld.

Eine bessere Umwelt in ganz materiellem Sinne (Müll, Luft- und Wasserverschmutzung, Lärm) wie auch in sozialer Hinsicht (in Richtung eines humaneren Arbeitsklimas, einer streßfreieren Gesellschaft, auch einer zeitintensiveren Patientenversorgung) **wird uns etwas kosten müssen.** Dies ist im Krankenhaus nicht anders als im gesamten Land.

Wenn es gut organisiert wird, ist dies vielleicht weniger, als sich der vorstellt, der in lautes Jammern ausbricht, wenn es um seinen Drittwagen, seine vierte Flugreise im Jahr und, und, und, ... geht.

C. B., D. B.

Special thanx to M.v.L-T, O.K. +K.K. und Robi. Don't cry, Hannes !





ACHTUNG !

Wie soll ich stolz sein,
ein Deutscher zu sein?
Da ich nicht mal weiß,
ob es ein Unglück
oder doch Glück ist.
Ich könnte ein Scheich
sein, entsprechend reich.
Ruhmvoller Künstler.
Gerechter Fechter.
Im Mittelalter.
Großer Verwalter.
Ich könnte auch sein:
Einfach mickrig klein.
Kleines schwarzes Kind.
Hungrig Wüstenwind.
Ein toter Fixer.
An Kotze erstickt.
Ein Infizierter,
wo der Virus tickt.
Habe Pech gehabt.
Ich bin angesteckt!
Könnte mich fast nur
im Suff ertragen.
'N "arischer Glücksfall"
sagt:"Türkischer Wurm!"
Normaler Zufall.
Stadt, Wald und Flur.
Wer kann schon sagen,
was genau er selbst
in des Lebens Sturm
dazu beigetragen?

Karsten Schönebeck



Buchkritik

Cees Nootebooms Roman

Rituale

Nun will ich doch wieder einmal etwas über die Farben in unseren Bücherregalen schreiben: waren es das letzte Mal (Bauchpresse 01/93) das Blau-Weiß oder das markante Grün der medizinischen Buchverlage, so ist es diesmal das penetrante Rot, in dem in den letzten Jahren die Romane des holländischen Schriftstellers Cees Nooteboom in Deutschland verlegt wurden. Und wenn man den großen Propheten des gedruckten Wortes, allen voran dem Star-Komiker des ZDF, Marcel Reich-Ranitzki, Glauben hätte schenken dürfen, so hätte es einem scheinen können, als wäre uns da mit dem jüngsten Werk des wackeren Niederländers ein gutes Stück Weltliteratur präsentiert worden.

Nun gut, ich gebe zu: Drei Konjunktive in einem Satz hätten's nicht gleich sein müssen, um sich für 231 (in Worten: zweihunderteinunddreißig) Seiten pure Langeweile zu rächen, aber wer in Gottes Namen interessiert sich schon für Menschen wie Inni Wintrop? Wie wäre es mit Inni Wintrop selbst? Vielleicht, ... und sonst? Weiß nicht, die Familie Taads vielleicht? Kaum zu glauben, weil ... weil sich eigentlich nie jemand für Menschen interessiert, die keine Geschichte haben, und Inni Wintrop hat keine Geschichte. Doch worüber hat Cees Nooteboom dann ein Buch geschrieben, und noch dazu mit 231 Seiten?

Also, dann ganz von vorn: Inni ist ein Mensch, dem seine Frau mit einem anderen durchgebrannt ist, weil die beiden sich nichts mehr zu sagen hatten. Daraufhin versucht er, sich das Leben zu nehmen, was aber nicht gelingt. Darauf folgt ein Kapitel über die Begegnung Innis mit Arnold Taads, einem abgehalfterten und durch und durch pedantischen Nörgler, sowie ein weiteres Kapitel zwan-





zig Jahre später mit dessen Sohn ... Taads, einem verklemmten Buchhaltertyp, der sein Leben den fernöstlichen Teeritualen gewidmet hat. Bei diesen Begegnungen passiert dann eigentlich auch nicht viel. Vielmehr werden einzelne Verhaltensrituale von Taads Vater und Taads Sohn bis ins kleinste aufgedröselt und anschließend mit einer eher angestrengt hinzugeschriebenen inneren Reflexion Innis versehen. Problem ist nur, daß belanglose Dinge nicht durch anschließendes darüber Sinnieren zu literarischen Ehren gelangen können, wenn nicht zumindest zuvor eine Identifikation mit einer der handelnden Personen stattfinden kann. Und auch die Tatsache, daß beide Taads dann am Ende ihres jeweiligen Kapitels auf skurrile Art ums Leben kommen, kann nichts an dessen Belanglosigkeit ändern. Tja, und mehr passiert dann eigentlich auch nicht.

Alles in allem: Am Thema vorbei! (F.B.)

Urlaubstip für Kayak-Fans

Wer plant, in der nächsten Zeit im Westen Kanadas zu famulieren oder gar seinen Urlaub dort zu verbringen, dem sein an dieser Stelle ein heißer Tip gegeben: SeaKayaking heißt das Zauberwort. Endlich mal ein Sport, bei dem man nicht auf teure Ausstattung, modische Sportbekleidung oder gar Dinge wie körperliche Ausdauer angewiesen ist. Das einzige, was man braucht, sind eine gute Sonnenbrille und Lust, den ganzen Tag auf See zu verbringen. Und mit viel Glück kann man dann sogar von seinem Kayak aus Wale beobachten (wir hatten leider nicht soviel Glück, aber dafür wurden wir ständig von neugierigen Seehunden begleitet). Erleben kann man dieses einmalige Abenteuer auf den zwischen Vancouver und Vancouver-Island liegenden Gulf-Islands, einer Inselgruppe bestehend aus mehreren hundert Inseln, die durch ihre besondere geographische Lage (los, Euren alten Dierke-Weltatlas rausholen und nachschlagen!) beste Voraussetzungen zum Kayaken bieten. Falls Ihr Interesse habt, reicht es in der Regel, Errol, den lokalen Bootsverleiher auf MayneIsland, einige Tage vorher anzurufen. Auf seiner Farm, die allein schon einen Besuch wert ist, könnt Ihr dann auch zelten, seid dann aber auch dazu verpflichtet, mindestens 26 Stunden am Tag mit Errols Hund Kayak das Stöckchen-wegwerf-wiederhol-Spiel zu spielen. Aber Vorsicht: dieser Hund ist einfach nicht müde zu kriegen. Errol stellt nicht nur die Boote, sondern auch das gesamte Equipment wie Rettungswesten etc. und bietet eine gute Einweisung.

Also, viel Spaß!

Kontaktadresse:
Mayne-Island Kayak & Canoe Rentals Inc., Seal Beach, Miners Bay, Mayne Island, Canada (B.C.)
Tel/Fax (604)5392667



Neues vom AStA

Das Öffentlichkeitsreferat stellt sich vor

Das Referat für Öffentlichkeitsarbeit ist das Neueste unter den Referaten. Es wurde erst auf der ersten StuPa- Sitzung in diesem Semester geschaffen, aus der Überlegung heraus, daß es wichtig sei, die Arbeit des AStA bekannter zu machen. Zum Einen außerhalb der Uni, weswegen wir Pressearbeit machen und Kontakte zu Institutionen und Politikern zu pflegen versuchen, zum Anderen bei Euch, was leider noch nicht so gut klappt.

Um Euch zu zeigen, was der AStA alles macht, gibt es schwarze Bretter im Hörsaalgebäude der Vorklinik, im Foyer der Mensa und hoffentlich bald auch vor den Hörsälen des Zentralklinikums. Außerdem werden wir gelegentlich bei Vorlesungen auftauchen, wenn es was Dringendes oder Wichtiges gibt. Außerdem planen wir ein ab Januar ab und zuerscheinendes AStA- Info, das wir in der Mensa auslegen werden.

Am besten könnt Ihr Euch aber informieren, wenn Ihr zur AStA- Sitzung kommt, die immer montags um 18 Uhr stattfindet und zu der alle herzlich eingeladen sind. Dort erfahrt Ihr aus erster Hand, was läuft und habt die Möglichkeit, selbst mitzuarbeiten.

Sicherlich ist es schwer, neben dem Studium noch Zeit für Initiative und Engagement zu finden, es zahlt sich aber aus, doch etwas zu tun. Der AStA ist immer dankbar für Vorschläge und Ideen, und kann Euch bei Projekten unterstützen (er hat nämlich ein Büro, Telefon, Telefax, Kopierer und Erfahrung), aber auch bei Problemen, zum Beispiel mit Hochschullehrern oder in Kursen, helfen, denn er hat Möglichkeiten und Verbindungen - mehr als sich viele Profs träumen lassen.

AStA- Arbeit ist nie umsonst - macht mit!

Carsten und Rolf

Autos stinken!!

In einer Zeit, in der alle von Wirtschaftskrise, Arbeitslosigkeit, AiW...usw. reden, wollen wir, **DEIN ÖKOREFERAT** versuchen, ökologisches Engagement nicht zu einem Luxus in Wohlstandszeiten verkommen zu lassen.





Unsere Themen:

- Wie sieht es mit der Einführung eines Semestertickets für alle Buslinien innerhalb Lübecks aus?
- Wie kann man sonst die Automassen verkleinern, die uns alle auf dem Weg zur Uni nerven (es sind in Stau - Glanzzeiten bis zu 80 Stück auf dem Mönkhofer Weg gezählt worden)?
- Abfall auf den Stationen - wohin geht er, wie kann man ihn verringern?
- Kontakt zu einer studentischen ecuadorianischen Initiative, die sich um den Schutz des lokalen Regenwaldes bemüht.

Ideen und Anregungen sind willkommen! **Kontakt:** Da wir keinen festen Termin haben, legt uns einen Zettel in unser Fach im AStA! (Michael, Ulrike, Gabi und Jens)



AStA 93/94

1) Kulturreferat
Conny, o. Abb. Reza



2) Finanzreferat
Christina, o. Abb. Hendrik



3) Vorsitz
Alex, Konstantin



4) PR
Rolf, Carsten (STUPA -Präsident)

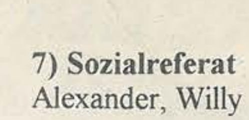


5) Politikreferat
Holger, Rolf





6) Frauenreferat
Solveig, Marita



7) Sozialreferat
Alexander, Willy

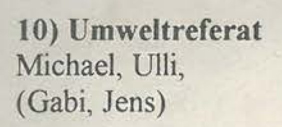




8) Auslandsreferat
Johanna, Oliver



9) Sportreferat
Svenja, Ines



10) Umweltreferat
Michael, Ulli,
(Gabi, Jens)







ASTA - AUSLANDSREFERAT

Hier gibt es einen Umbruch

Alte, erfahrene Kräfte gehen in den Ruhestand, doch es konnten neue, junge und dynamische MitarbeiterInnen für die Weiterführung der Arbeit gefunden werden.
Dank gesagt sei an dieser Stelle nocheinmal Hilke. Sie hat in den letzten drei Jahren den Laden nicht nur am Laufen gehalten, sondern "a good job" gemacht. Allein im weiten Flur konzentrierte sie sich auf die Austauscharbeit, hielt den Kontakt zum DFA (Deutscher Famulantenaustausch), beriet interessierte StudentInnen und organisierte wesentliche Dinge (Unterkunft, Programm,...) für die in Lübeck famulierenden ausländischen StudentInnen. Möge ihr der Dank vieler FamulantInnengenerationen den Ausstieg aus dem Referat versüssen.
Wie geht es weiter?
Neues Blut bringt neue Ideen. Wir sind mittlerweile drei Leute, die im Referat arbeiten wollen: Johanna Wermelt (3. Sem.), Meike Fitschen (3. Sem.) und Oliver Hoffmann (5. Sem.).
Johanna (als LEO, Local Exchance Officer) und Meike streben die Nachfolge von Hilke's Arbeit an. Sie werden sich also auf den studentischen Austausch konzentrieren und über kurz oder lang eine lokale Vertretung des DFA hier in Lübeck aufbauen. Von Hilke eingearbeitet, an der letzten Mitgliederversammlung des DFA teilgenommen, fehlen ihnen eigentlich nur noch engagierte Leute, die Lust haben, Austausch zu organisieren, Sprechstunden zu halten und AnsprechpartnerInnen für ausländische FamulantInnen zu sein. So hat sich schon so manche langandauernde internationale Beziehung ergeben. (Der letztjährige Vorsitzende des DFA heiratet in den nächsten Tagen zum Beispiel seine finnische Freundin. Wo haben sich beide wohl kennengelernt?...).
An dieser Stelle also der dringende Aufruf an alle, die schon im Ausland famuliert haben oder noch famulieren wollen:
HELFT NACH KRÄFTEN MIT, IM ASTA EINE LOKALE DFA - VERTRETUNG AUFZUBAUEN!
Oli möchte sich mehr der eigentlichen ASTA Auslandsreferatsarbeit zuwenden. Ein Anfang war in diesem Semester die Vorstellung des "Ghana Village Project 2" mit Konzeption und Zielen (siehe eigener Bericht). Mit diesem Projekt soll an Trikontarbeit interessierten StudentInnen die Möglichkeit gegeben werden, einen Einblick in die Gesundheitsversorgung ärmerer Länder dieser Erde zu bekommen. Auch Präventivmedizin spielt dabei eine große Rolle. Interessante Themen, die jedoch in den medizinischen Curricula kaum zu finden sind.
Außerdem ist ein Abend über Kamerun in Zusammenarbeit mit dem FH - ASTA - Auslandsreferenten Fred-Eric geplant.
Als weiteres mögliches Betätigungsfeld wäre die Arbeit mit ausländischen Studierenden zu nennen oder mit der "Arbeitsgruppe gegen Rassismus" Kontakt aufzunehmen, um mal zu schauen, wo es hier an der Universität rassistische Tendenzen gibt.
Und im nächsten Sommer veranstalten wir ein multikulturelles Fest, okay? Alle Leute mit Ideen diesbezüglich sollen sich mal melden!

Oliver Hoffmann



ELEGRAMM. -TBSt Lübeck -------Pressemitteilung------- TELEGRAMM. - TBSt Lübeck

Die Studierendenschaft der Medizinischen Universität zu Lübeck erklärt zum Thema "Anti-AntiFa und Todeslisten neonazistischer Organisationen":

Wir, die Studierendenschaft der Med. Uni zu Lübeck, sind von den vor kurzem bekanntgewordenen "Todeslisten" einer sogenannten "Anti-AntiFa" zutiefst beunruhigt. Genau ein Jahr nach den Morden von Mölln, ein erster Gipfel des rechtsterroristischen Eisbergs, hat die Gewalttätigkeit der neonazistischen Organisationen eine neue Dimension erreicht. Einzelne Personen wurden direkt ausspioniert, diffamiert und durch Auftreten in der "Todesliste" gezielt bedroht. Hierbei zeigt sich der terroristische Charakter der Rechtsorganisationen. Besonders die Versandmodalitäten der Listen aus dem benachbarten Dänemark zeigen erschreckende internationale Verflechtungen der NeoNazis auf.

Wir, die Studierendenschaft der Uni Lübeck, verurteilen derartige Vorgänge in aller Schärfe. Wir fordern alle demokratischen Kräfte dieses Landes und überall auf, diese Bedrohung allerorten zu bekämpfen. Wer sonst, wenn nicht wir, soll diesen gewaltbereiten und reaktionären Vereinigungen entgegentreten und ihren Aktivitäten ein Ende bereiten?!!!

gez.: Das Studierendenparlament der Med. Uni zu Lübeck
Der Allgemeine Studierendenausschuß der Med. Uni zu Lübeck

...und so endete unsere letzte Aktion*; seitdem haben wir unseren Schwerpunkt verlagert auf die Themen: MedizinerInnen ohne Zukunft (ÄiW), IPPNW, Rassismus, gesundheitspolitischer Kongreß, etc. *alle, die auch schnell rennen können: dienstags, 11 Uhr AStA...



Kultur ist nicht gewalttätig !

Menschenrechtsverletzungen in unserer Demokratie ?

Auf Drängen der türkischen Regierung hat die Bundesrepublik Deutschland, ebenso wie Frankreich, die kurdische Arbeiterpartei PKK verboten. Dieses Verbot ist unsinnig, da die PKK in Deutschland nicht existiert. Das Verbot wurde nur als Vorwand für die Schließung kurdischer Kulturzentren genutzt.

Vor der Bevölkerung ließ sich dieses Vorgehen mit den durch PKK Anhängern verübten Gewalttaten begründen. Dahinter steckt jedoch das Interesse der türkischen Regierung, das kurdische Volk europaweit zu ächten und von den Menschenrechtsverletzungen gegen die Kurden in der Türkei abzulenken. Systematisch wurden im Südosten der Türkei ganze Dörfer mit kurdischen Bewohnern dem Erdboden gleichgemacht. In türkischen Gefängnissen werden politisch Andersdenkende noch immer gefoltert. Durch die Anerkennung der Türkei als NATO - und Handelspartner billigen wir diese menschenverachtenden Praktiken.

Welche Folgen hat das PKK - Verbot für die 500 000 in Deutschland lebenden Kurden? Weit über das PKK - Verbot hinausgehend wurden sämtliche kurdischen Kulturvereine gewaltsam aufgelöst. D.h. die Kurden dürfen sich in Zukunft nicht mehr zu Informationsveranstaltungen, Meinungsaustausch und zur Pflege kurdischer Kultur (Sprache, Volkstanz etc.) treffen. Die dadurch vermittelte Ignoranz einem ganzen Volk gegenüber wird vermutlich einen verzweifelten Kampfgeist schüren. Die Gruppe gewaltsam agierender Kurden wird sich vermutlich vergrößern. Der Haß Deutscher gegenüber hier lebenden Kurden ließe sich so weiter schüren.... eine Entwicklung, die ganz im Sinne der türkischen Regierung wäre.

Wir lassen uns nicht zu Handlangern menschenverachtender Politik machen !

Wir fordern die sofortige Aufhebung der Räumungsbescheide der kurdischen Kulturzentren. Deutlich distanzieren wir uns von Gewalttaten jeder Art und fordern Minderheitenschutz in unserem Lande. Es muß weiterhin für jeden möglich sein, auf demokratischem Wege für die eigenen Belange einzutreten. Wir lassen es nicht zu, daß die Achtung der Menschenrechte im In- und Ausland zugunsten wirtschaftlicher Interessen aufgegeben wird. Von der Bundesregierung und den NATO - Staaten fordern wir Sanktionen gegen die Türkei, mit dem Ziel, die Folter- und Vernichtungskampagne gegen das kurdische Volk zu beenden. Langfristig sollen Gespräche zwischen der Türkei, dem Iran und dem Irak angestrebt werden, um den Kurden ein menschenwürdiges Leben im eigenen Land zu ermöglichen.

ViSdP: Das Kulturreferat des AStA der Medizinischen Universität zu Lübeck

---

"Grundlinien einer Erkenntnistheorie der goetheschen Weltanschauung"

(Rudolf Steiner)

Lesekreis trifft sich jeden Dienstag und Freitag um 7 Uhr (morgens!) im ASTA.

Kontakt (auch für weitere Initiativen): Michael Rohde:Tel. 55403



Sportprogramm Wintersemester 1993/94 !!!



Aerobic (*)
dienstags, 19.00-20.00 Uhr
Gymn-raum St. Jürgen Realschule
Kalkbrennerstr.5
Übungsleiterin:
Mareike Beckmann
Info: Elke Gerecke, 56880

Badminton (*)
dienstags, 20.30-22.00 Uhr
Turnhalle Lutherschule
Moislinger Allee 82
Übungsleiter:
Roland Becker, 793672

mittwochs, 18.00-20.00 Uhr
Turnhalle Bugenhagenschule
Moislinger Allee 32
Übungsleiter:
Holger Nadler, 22554

donnerstags, 16.30-18.30 Uhr
Turnhalle
Gotthard-Kühl-Schule
Lorzingerstr. 27
Übungsleiter:
Thommy Lengkey, 5890532

(Anfänger)
samstags, 11.30-13.30 Uhr
Turnhalle Holstentor
Realschule
Wendische Str.55
Übungsleiter:
Volker Schneider, 5890524

Freizeitsport (*)
(Badminton,Basket-,Volleyball)
samstags, 11.30-13.30 Uhr
Turnhalle Holstentor
Realschule
Wendische Str.55
Übungsleiter:
Volker Schneider, 5890524

Jazzgymnastik (*)
dienstags, 20.00-21.30 Uhr
Gymn-raum St. Jürgen
Realschule
Kalkbrennerstr.5
Übungsleiterin:
Elke Gerecke, 56880

Basketball (*)
donnerstags, 19.00-20.00 Uhr
Johanneumshalle
St. Johannis 1-3

donnerstags, 20.00-22.00 Uhr
Kahlhorstschule, Turnhalle
Kahlhorststr. 41
Übungsleiter:
Andreas Färber, 706388

Jonglieren (*)
dienstags, 20.00-22.00 Uhr
Turnhalle
Berend-Schröder-Schule
Langer Lohberg 24
Übungsleiter:
Gerhard "Maxi Knopp",593705

Konditionsgymnastik (*)
donnerstags, 20.00-22.00 Uhr
Johanneum, kleine Halle
St. Johannis 1-3
Übungsleiter:
Andreas Krakau, 501404

Karate (*)
montags, 19.00-20.15 Uhr Anf.
" , 20.15- 21.30 Uhr Fort.
Gymn-raum St.Jürgen
Realschule
Übungsleiter:
Matthias Schön, 46720

Fußball
dienstags, 16.00-1800 Uhr
Sportplatz Klosterhofschule
Mönkhofer Weg 95
Übungsleiter:
Fred-Eric Essam, 593451

donnerstags, 19.00-21.00 Uhr
Sportplatz Klosterhofschule
Mönkhofer Weg 95
Übungsleioter:
Günther Riese, 603431

Squash
Info im FH-AStA, 501181

Frisbee (*)
donnerstags, 19.00-20.00 Uhr
Johanneumshalle
St. Johannis 1-3
Infos: Philipp Günther, 84450

Volleyball (*)
montags, 20.00-22.00 Uhr
Johanneum, große Halle
St. Johannis 1-3
Info: Hesemeyer,
599596/791744

freitags, 20.00-22.00 Uhr
Anna-Siemsen-Schule
Dieselstr. 16
Übungsleiter:
Ulli Schäfer, 151242

Reiten
samstags,10.00-11.00 Uhr Anf.
" , 11.00-12.00 Uhr Fort.
Beitrag 100.-/10 Std.
Reitschule am Rittbrook 25
Info:Hr. Voss, 65581

Segeln / Kanufahren
Segelzentrum Fischerbuden 7
Info: Hesemeyer,
599596/791744

Schwimmen
mittwochs, 19.45-20.45 Uhr
Schwimmhalle Ziegelstr.
Übungsleiterin:
Andrea Ortfeld, 593135
Beitrag 1.-/1 Std.

Tauchen
dienstags, 20.15-21.30 Uhr
(Dräger Betriebssport)
Beitrag 150.-/jahr
incl. Ausrüstung u.Tauchschein
Info: Peter Reimann, 8822986

Unterwasserrugby
dienstags, 20.30-21.30 Uhr
donnerstags, 20.30-21.30 Uhr
Schwimmhalle Ziegelstr.
Übungsleiter:
Jörn Hartmann, 8993040

Surfen
Travemünde, Niendorf
(Anfänger & Fortgeschrittene)
Beitrag 130.-/10 Std. + Schein
Info:
Axel Sommer, 04503/31244
NUR IM SOMMER!! siehe Aushang

Segeln (FH)
Treffen jeden 1. Montag im Monat, Lübecker Turnerschaft
An der Mauer 55a
Info: Ulrike Kanisch, 46722

Tennis
Trainingsmöglichkeiten auf den Spielplätzen hinter den Studentenwohnheimen
Anschützstr.
Info: Hesemeyer, 599596/1744
Turnierspieler - Infos:
Ines Klingemann, 471389

(*): nicht in den Schulferien



Wir sind anders, als Ihr denkt!!!

Neues vom Frauenreferat

Das Frauenreferat existiert seit ca. 4 Jahren wieder kontinuierlich in wechselnder Besetzung.
Wir haben in den vergangen Semestern so verschiedene Dinge gemacht, wie zu einer Frauenvollversammlung aufgerufen, Verbesserungsvorschläge zum Gyn-Internat an Professor Diedrich herangebracht, einen Selbstuntersuchungskurs veranstaltet, dafür gesorgt, daß die verschiedenen Frauenausschüsse besetzt werden etc..
Im Moment haben wir das Problem, daß uns wegen Zeitknappheit (Doktorarbeit, 2. Staatsexamen) und auch wegen mangelnden Interesses von Studentinnenseite aus etwas die Luft ausgeht.
Das Letztere ist umso bedauerlicher, als im Zuge der allgemeinen Rezession, die Deutschland erfaßt hat und im Zusammenhang mit dem Gesundheitstrukturgesetz gerade die Medizinerinnen an einer Interessenvertretung interessiert sein müßten. Wir Frauen sind es nämlich, die als erste hinten herunterfallen!
Ab dem nächsten Semester werden wir wieder eine kompetente hauptamtliche Frauenbeauftragte haben, die schon Interesse signalisiert hat, mit den Studentinnen zusammenzuarbeiten. Ich hoffe, daß wir dann gemeinsam einiges auf die Beine stellen können:
Falls Ihr Fragen oder Anregungen habt, oder Lust, was zu machen, schaut einfach mal vorbei!
Im AStA jeden Dienstag 11°°h.

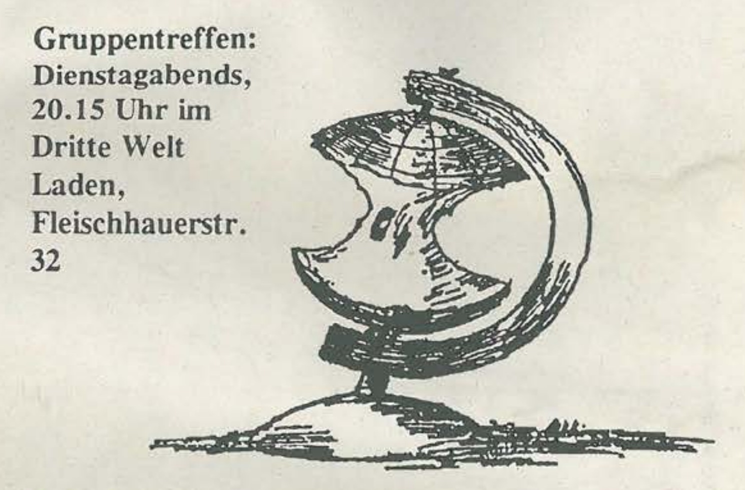
Marita

Gestern standen wir noch am Abgrund, heute sind wir einen Schritt weiter,

so könnte man die Sitution der Länder in der Dritten Welt treffend charakterisieren. Nur, daß keiner von allein den Schritt in den Abgrund hinein tut. In aller Regel wird man hineingestoßen. Den Ländern in der Dritten Welt ergeht es nicht anders. Deshalb wäre es auch richtiger, anstatt von Dritter Welt von den ausgebeuteten und ausgeplünderten Ländern dieser Erde zu sprechen. Wer im übrigen meint, nachfragen zu müssen, wer den wen ausplündert, der sollte nur einmal einen Blick in seinen Kühlschrank werfen. Wer aber meint, es müsse etwas dagegen getan werden, der könnte auch bei uns, der Dritten Welt Gruppe Lübeck mitarbeiten.

Dritte Welt Gruppe Lübeck
Dritte Welt Laden Lübeck

Gruppentreffen: Dienstagabends, 20.15 Uhr im Dritte Welt Laden, Fleischhauerstr. 32



Der Dritte Weltladen ist geöffnet Mo-Fr: 15-18 Uhr, Sa: 10-13 Uhr. Der Dritte Weltladen ist geöffnet Mo-Fr: 15-18 Uhr

gelb. compact. effektiv.

Die neuen Taschenbücher im Schattauer Verlag



Dahmer
Effektives Lernen
Anleitung zu Selbststudium, Gruppenarbeit und Examens-vorbereitung
1. Nachdruck 1993 der 3., durchges. Auflage. 264 Seiten, kart.
DM 24,–/öS 187,–/sFr 24,–
ISBN 3-7945-1462-9



Durst
Chirurgie
CompactLehrbuch
1994. 276 Seiten, kart.
DM 40,–/öS 312,–/sFr 40,–
ISBN 3-7945-1480-7



Melchart/Wagner
Naturheilverfahren
Grundlagen einer autoregulativen Medizin
1993. 625 Seiten, 88 Abbildungen, 44 Tabellen, kart.
DM 49,–/öS 382,–/sFr 49,–
ISBN 3-7945-1411-4



Grosser/Hombach/Sieberth
Der internistische Notfall
3., durchgesehene und aktualisierte Auflage 1993.
768 Seiten, 26 Abbildungen, 144 Tabellen, kart.
DM 68,–/öS 531,–/sFr 68,–
ISBN 3-7945-1535-8

Unsere Taschenbücher feiern Jubiläum: Seit 1963 ist die Taschenbuchbibliothek auf über 100 Titel angewachsen, 50 davon erschienen als rote Uni-Taschenbücher in Zusammenarbeit mit UTB. Mit dem Jubiläumsjahr erhielten die Schattauer-Taschenbücher ein neues, modernes Outfit. Von besonderem Vorteil ist die Reihe vor allem in den medizinischen Fächern, für die Sie sich kein teures und umfangreiches Lehrbuch zulegen wollen. Kurze, prägnante, didaktisch optimierte Wissensvermittlung zum günstigen Taschenbuchpreis, flexibler Einband mit gerundeten Ecken, ideal für die Kitteltasche – das sind die Stärken der neuen Reihe von Schattauer.



Schicha
Nuklearmedizin
CompactLehrbuch
2., korrigierte Auflage 1993.
365 Seiten, 88 Abbildungen, 46 Tabellen, kart.
DM 44,–/öS 343,–/sFr 44,–
ISBN 3-7945-1561-7

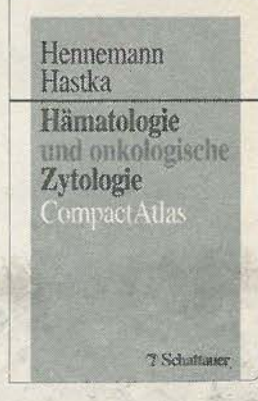


Heuser
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
CompactLehrbuch
2. Auflage 1993.
196 Seiten, kart.
DM 29,–/öS 226,–/sFr 29,–
ISBN 3-7945-1577-3

Erbar
Onkologie
CompactLehrbuch
Einführung in Pathophysiologie, Klinik und Therapie maligner Tumoren
Schattauer

Erbar
Onkologie CompactLehrbuch
Einführung in Pathophysiologie, Klinik und Therapie maligner Tumoren
1994. 240 Seiten, 50 Abbildungen, kart.
DM 49,–/öS 382,–/sFr 49,–
ISBN 3-7945-1480-7

Hennemann/Hastka
Hämatologie und internistisch-onkologische Zytologie
CompactAtlas
1993. 168 Seiten, 160 Abbildungen, kart.
DM 48,–/öS 375,–/sFr 48,–
ISBN 3-7945-1572-2



Schattauer

A9355


DER kleine UNTERSCHIED
FORTSETZUNG AUS DEM LETZTEN HEFT


HALLO! DA BIN ICH WIEDER!

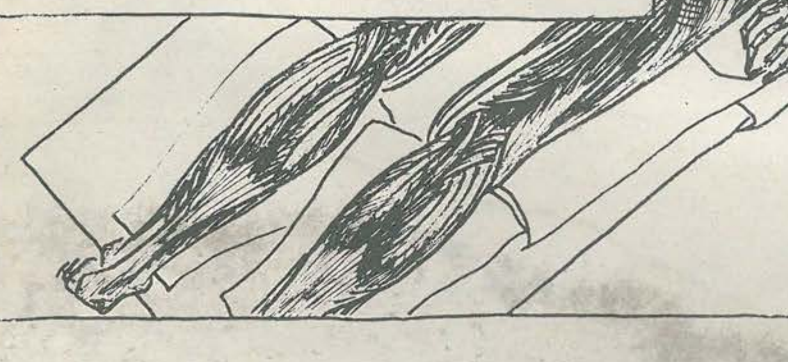

UND ICH WAR GANZ FLEISSIG!
BRAVES MÄDCHEN

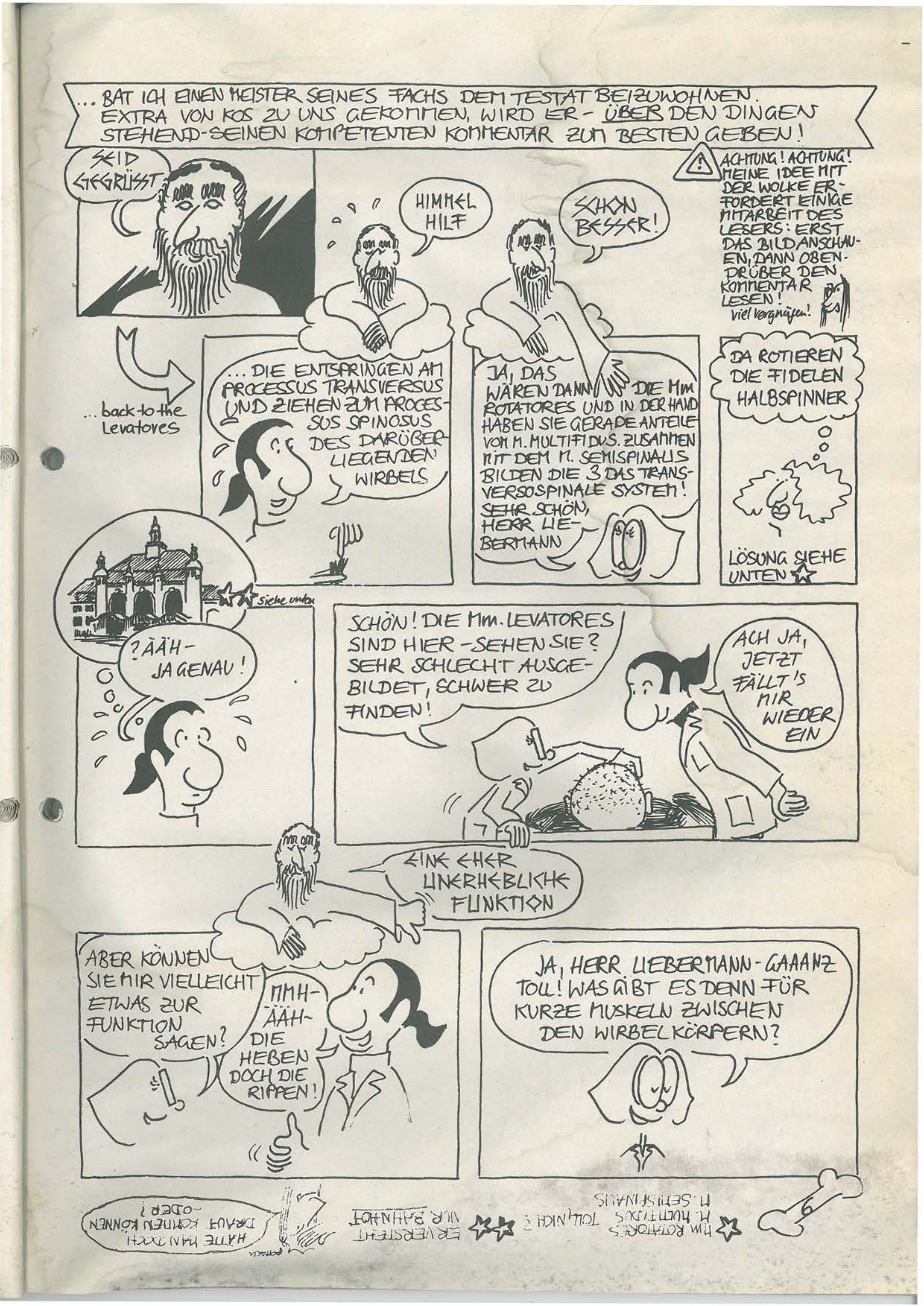

ES KANN ALSO WEITER-GEHEN! VIEL SPAß MIT DEM 2. TEIL
ZUR ERINNERUNG NOCHMAL DIE BEIDEN LETZTEN SZENEN:


WO HABEN SIE DENN PRÄPARIERT?
RÜCKEN-MUSKU-LATUR!
FLÖT
SÄUSEL

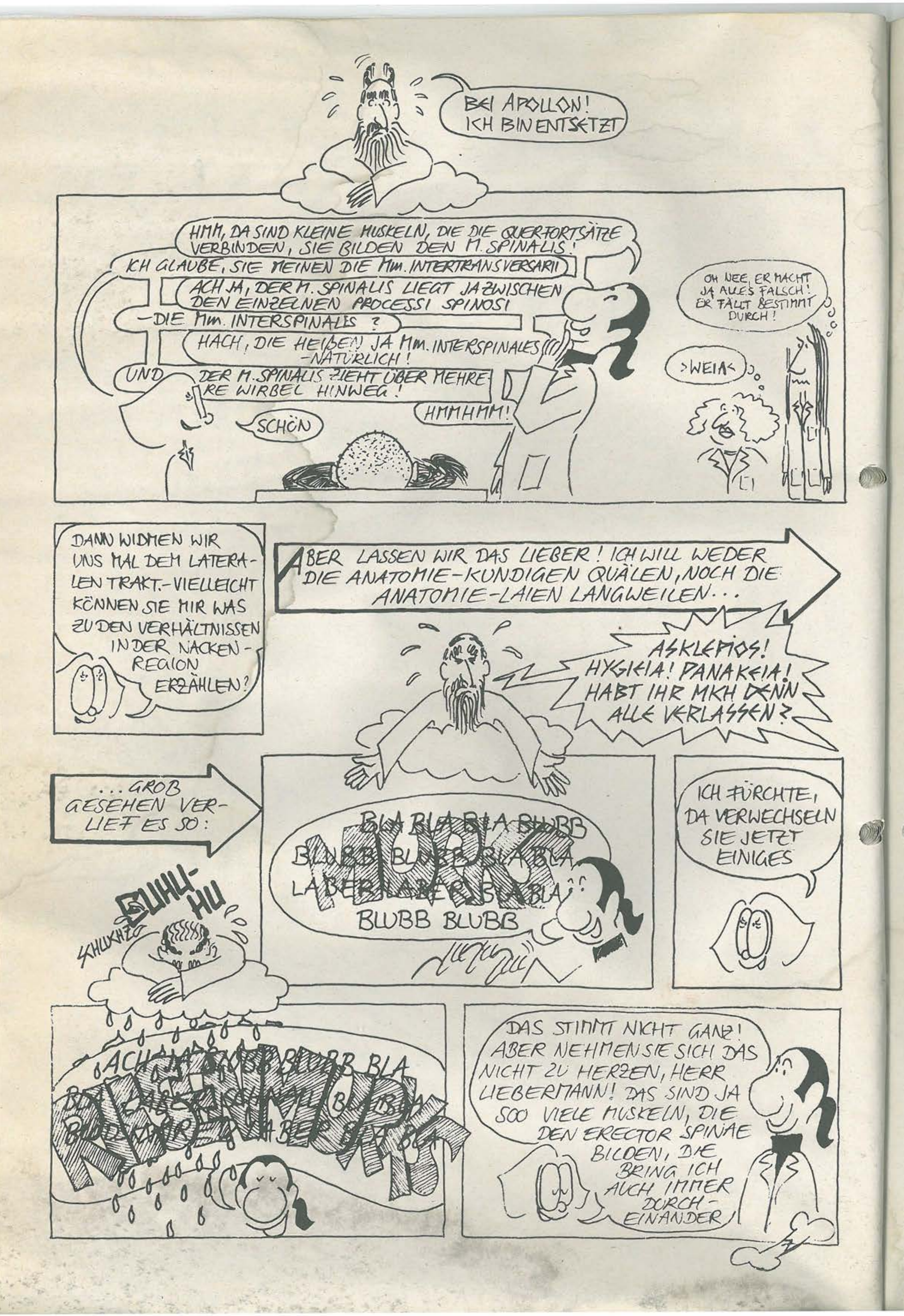

UND? SIND SIE DA FIT?
SÄUSEL
JA, GLAUB' SCHON
-HUST-
NA DANN ERZÄHLEN SIE MIR DOCH MAL WAS ÜBER DIE Mm LEVATORES COS-TARUM!
TRÄLLER


GERN. DIE Mm LEVATORES COSTARUM - JA - ÄÄÄÄH - ALSO DIE Mm LEVATORES COSTARUM - wasindiedennur - DIE...


UM DIE PRÜFUNG AUCH EINER OBJEKTIVEN BEUR-TEILUNG ZU UNTERZIEHEN, ...



... BAT ICH EINEN MEISTER SEINES FACHS DEM TESTAT BEIZUWOHNEN. EXTRA VON KOS ZU UNS GEKOMMEN, WIRD ER - ÜBER DEN DINGEN STEHEND - SEINEN KOMPETENTEN KOMMENTAR ZUM BESTEN GEBEN!
SEID GEGRÜSST
HIMMEL HILF
SCHON BESSER!
ACHTUNG! ACHTUNG! MEINE IDEE MIT DER WOLKE ERFORDERT EINIGE MITARBEIT DES LESERS: ERST DAS BILD ANSCHAUEN, DANN OBENDRÜBER DEN KOMMENTAR LESEN!
viel Vergnügen!
... back to the Levatores
... DIE ENTSPRINGEN AM PROCESSUS TRANSVERSUS UND ZIEHEN ZUM PROCESSUS SPINOSUS DES DARÜBERLIEGENDEN WIRBELS
JA, DAS WÄREN DANN DIE MM ROTATORES UND IN DER HAND HABEN SIE GERADE ANTEILE VOM M. MULTIFIDUS. ZUSAMMEN MIT DEM M. SEMISPINALIS BILDEN DIE 3 DAS TRANSVERSOSPINALE SYSTEM! SEHR SCHÖN, HERR LIEBERMANN
DA ROTIEREN DIE FIDELEN HALBSPINNER
LÖSUNG SIEHE UNTEN ☆
☆☆ siehe unten
? ÄÄH - JA GENAU!
SCHÖN! DIE MM. LEVATORES SIND HIER - SEHEN SIE? SEHR SCHLECHT AUSGEBILDET, SCHWER ZU FINDEN!
ACH JA, JETZT FÄLLT'S MIR WIEDER EIN
EINE EHER UNERHEBLICHE FUNKTION
ABER KÖNNEN SIE MIR VIELLEICHT ETWAS ZUR FUNKTION SAGEN?
MMH - ÄÄH - DIE HEBEN DOCH DIE RIPPEN!
JA, HERR LIEBERMANN - GAAANZ TOLL! WAS GIBT ES DENN FÜR KURZE MUSKELN ZWISCHEN DEN WIRBELKÖRPERN?
☆ MM. ROTATORES, M. MULTIFIDUS, M. SEMISPINALIS TOLL, NICHT?
☆☆ ER VERSTEHT NUR BAHNHOF
HÄTTE MAN DOCH DRAUF KOMMEN KÖNNEN - ODER?



BEI APOLLON! ICH BIN ENTSETZT
HMM, DA SIND KLEINE MUSKELN, DIE DIE QUERFORTSÄTZE VERBINDEN, SIE BILDEN DEN M. SPINALIS!
ICH GLAUBE, SIE MEINEN DIE Mm. INTERTRANSVERSARII
ACH JA, DER M. SPINALIS LIEGT JA ZWISCHEN DEN EINZELNEN PROCESSI SPINOSI
–DIE Mm. INTERSPINALES?
HACH, DIE HEIßEN JA Mm. INTERSPINALES –NATÜRLICH!
UND DER M. SPINALIS ZIEHT ÜBER MEHRERE WIRBEL HINWEG!
HMMHMM!
SCHÖN
OH NEE, ER MACHT JA ALLES FALSCH! ER FÄLLT BESTIMMT DURCH!
>WEIA<
DANN WIDMEN WIR UNS MAL DEM LATERALEN TRAKT.- VIELLEICHT KÖNNEN SIE MIR WAS ZU DEN VERHÄLTNISSEN IN DER NACKENREGION ERZÄHLEN?
ABER LASSEN WIR DAS LIEBER! ICH WILL WEDER DIE ANATOMIE-KUNDIGEN QUÄLEN, NOCH DIE ANATOMIE-LAIEN LANGWEILEN...
ASKLEPIOS! HYGIEIA! PANAKEIA! HABT IHR MKH DENN ALLE VERLASSEN?
...GROB GESEHEN VERLIEF ES SO:
BLA BLA BLA BLUBB
BLUBB BLUBB BLA BLA
LABER LABER BLA BLA
BLUBB BLUBB
ICH FÜRCHTE, DA VERWECHSELN SIE JETZT EINIGES
BUHU-HU
DAS STIMMT NICHT GANZ! ABER NEHMEN SIE SICH DAS NICHT ZU HERZEN, HERR LIEBERMANN! DAS SIND JA SOO VIELE MUSKELN, DIE DEN ERECTOR SPINAE BILDEN, DIE BRING ICH AUCH IMMER DURCHEINANDER!


BOAH- IST DIE NETT!
OBJEKT WEITERER PEINLICHKEITEN WAR NUN DER UNTERSCHENKEL, WO DER BEMÜHTE STUDENT ZWAR MEDIAL UND LATERAL VERWECHSELTE, ABER IMMERHIN »MUSCULUS GASTROCNEMIUS« EINWANDFREI AUSSPRECHEN KONNTE...
WUNDERBAR
ES FOLGTE EIN CIRCA 7-MINÜTIGER VORTRAG VON FRAU PROFESSOR ÜBER DIE HISTOLOGISCHEN FEINHEITEN DES ACHILLES-SEHNEN-ANSATZES AM CALCANEUS. DER STUDENT HING AN IHREN LIPPEN:
ACH, DAS IST JA INTERESSANT! - SO HAB' ICH DAS JA NOCH NIE BETRACHTET!
heuchel
Schleim
FLECHT
Schleim
NUN ZUR LETZTEN FRAGE
UFF
HERR LIEBERMANN! WELCHEN MUSKEL VERWENDET MAN FÜR TRANSPLANTATIONEN?
NA?
Trommel Trommel
EINEN VOM OBERSCHENKEL?
JA, PRIMA! UND WELCHEN?
ÜBERLEGEN SIE MAL! MAN DARF DEM MENSCHEN JA KEINEN WICHTIGEN MUSKEL WEGNEHMEN UND ER WILL SICHER NOCH LAUFEN KÖNNEN. DESHALB MUß ER SEIN BEIN NACH VORNE NEHMEN KÖNNEN...
...UND NACH HINTEN!
AUßERDEM MUß MAN AUCH MANCHMAL ZUR SEITE GEHEN!
MUSKELGRUPPEN DES OBERSCHENKELS:
FLEXOREN
EXTENSOREN
ADDUKTOREN
ABDUKTOREN
DA FIEL DIE ANTWORT NICHT MEHR SCHWER



DEN ADDUKTOR MAGNUS?

NEIN, DER IST DOCH ZU GROẞ!

DEN ADDUKTOR LONGUS?

DER IST ZU LANG!

DEN ADDUKTOR MINIMUS?

ZU KLEIN!

DER ADDUKTOR BREVIS IST DANN WAHRSCHEINLICH ZU KURZ - ODER?

GENAU. UND WAS WÜRDEN SIE ALS CHIRURG SAGEN, WENN ICH IHNEN DEN PECTINEUS ODER DEN OBTURATOR EXTERNUS ANBÖTE?

AUCH ZU KURZ!

SO IST ES!

DANN BLEIBT JA NUR NOCH - ähröderröde röderröder - oah - DER M. GRACILIS!

RICHTIG! ICH BIN BEGEISTERT - GANZ TOLL - HERR LIEBERMANN - GANZ TOLL!

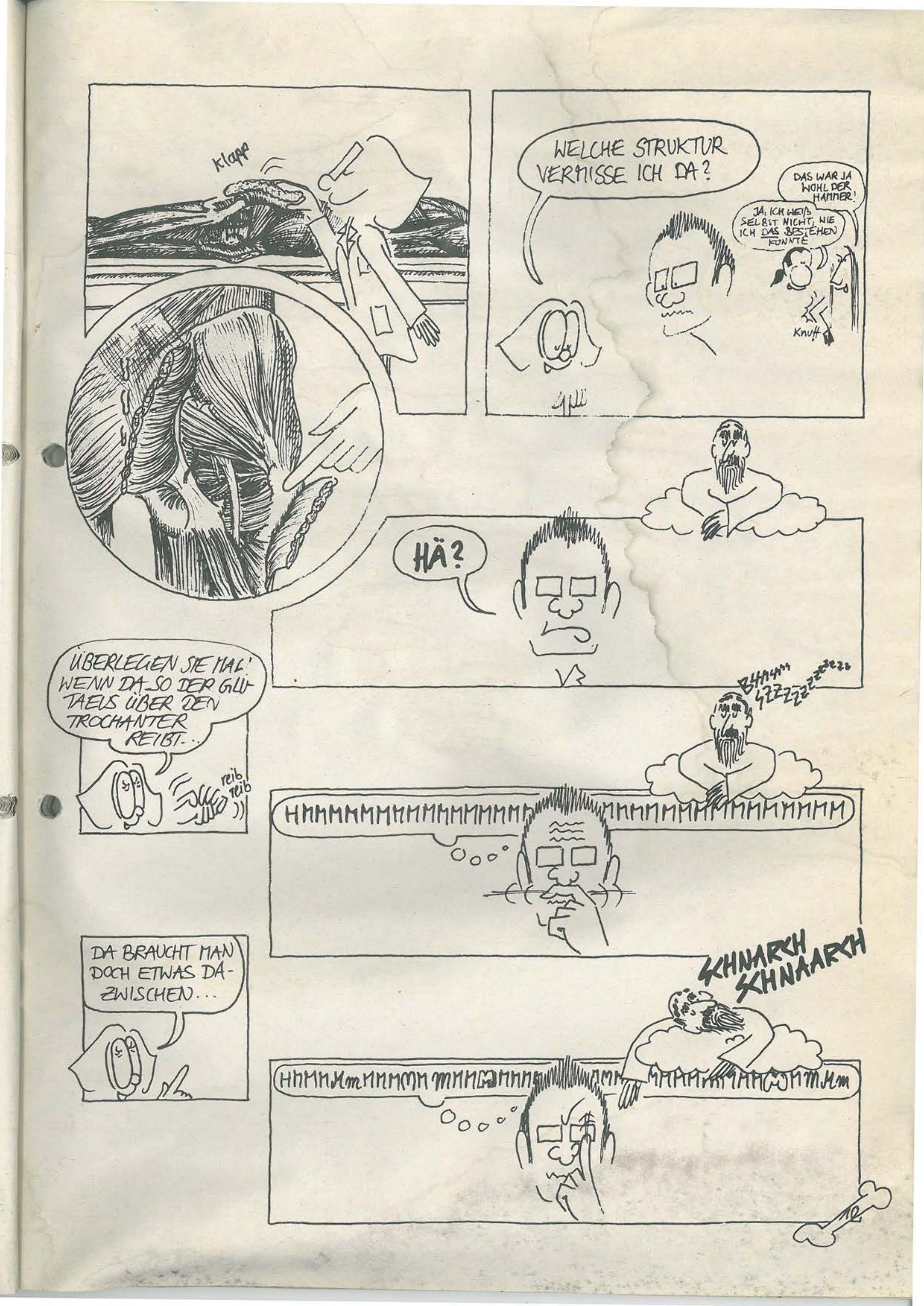
IHR PLUS HABEN SIE SICH VERDIENT

>sniff< - IST ES VORBEI?

SOO, WEN HABEN WIR DENN JETZT? - HERR HOLDE!

ACH NEE

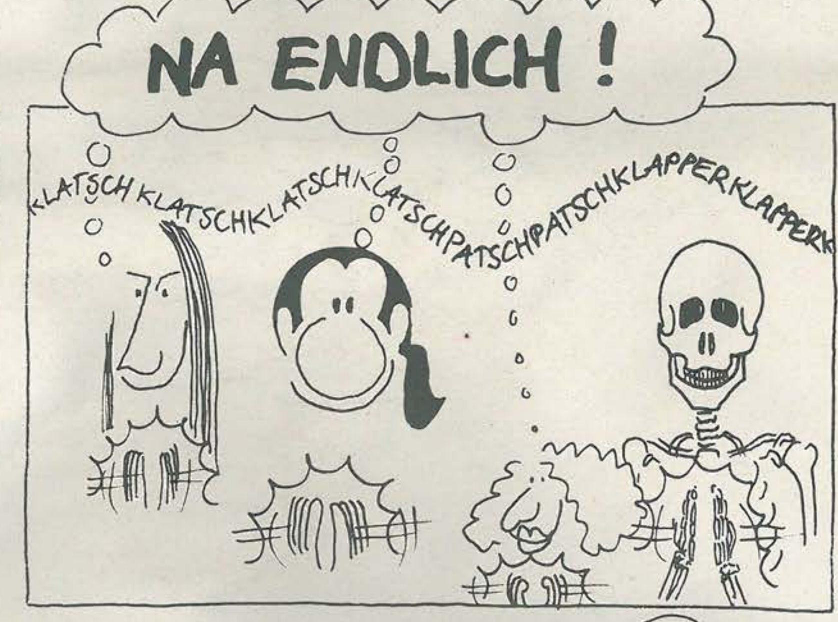
JA! DAS BIN ICH!


klapp
WELCHE STRUKTUR VERMISSE ICH DA?
DAS WAR JA WOHL DER HAMMER!
JA, ICH WEIß SELBST NICHT, WIE ICH DAS BESTEHEN KONNTE
Knuff
HÄ?
ÜBERLEGEN SIE MAL! WENN DA SO DER GLUTAEUS ÜBER DEN TROCHANTER REIBT...
reib reib
HMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
DA BRAUCHT MAN DOCH ETWAS DAZWISCHEN...
SCHNARCH SCHNAARCH







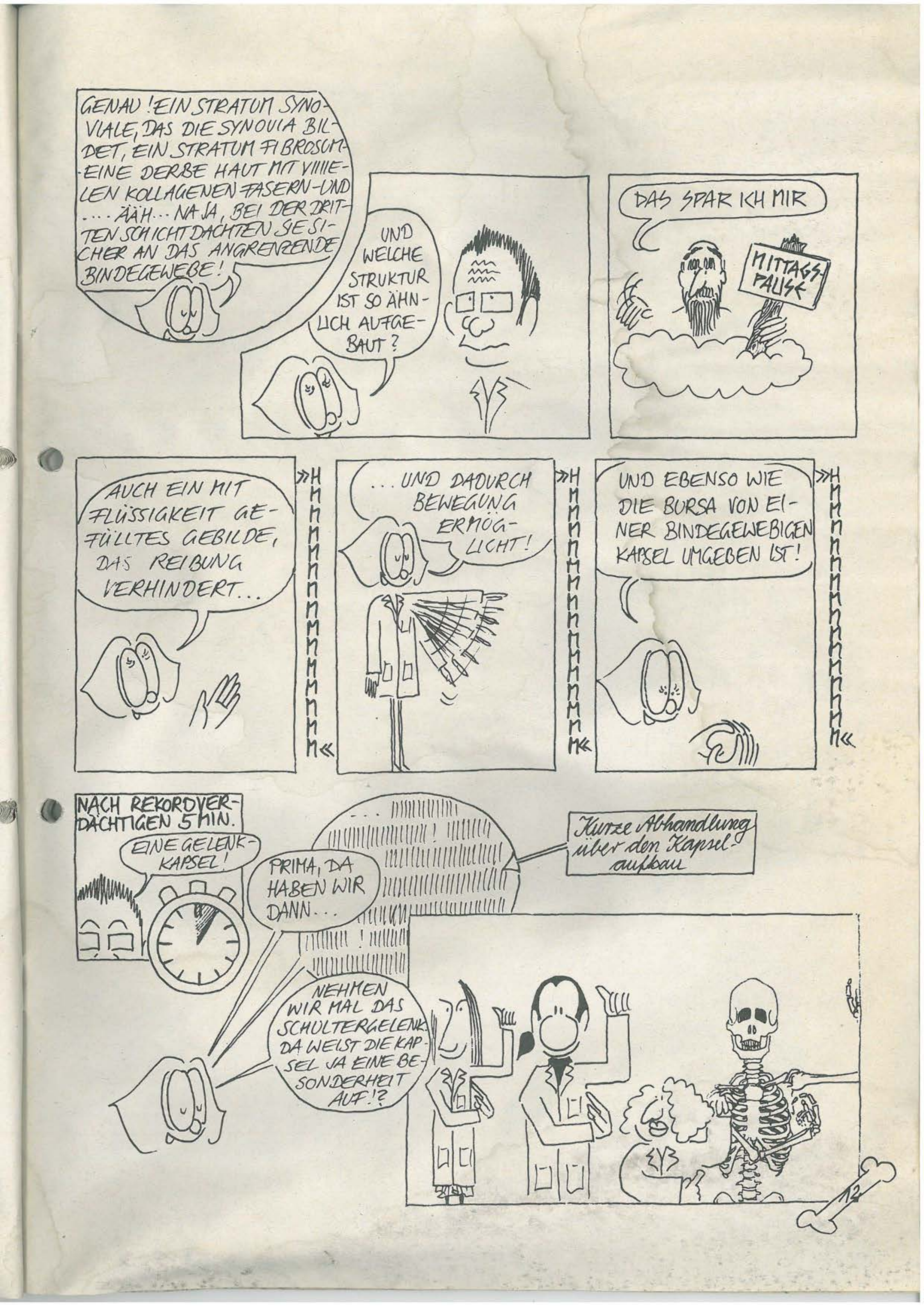




DIE BURSA TROCHANTERICA! RICHTIG! SCHÖN, HERR HOLDE; WIE IST DENN DIE WAND EINER BURSA AUFGEBAUT?

HOLDES GEHIRNFUNKTIONEN WAREN JETZT SCHON WARMGELAUFEN! FÜR DIE BEANTWORTUNG DER ZWEITEN FRAGE BENÖTIGTE ER DAHER NUR SCHLAPPE 7½ MINUTEN! WEITER SO – HERR HOLDE!




GENAU! EIN STRATUM SYNOVIALE, DAS DIE SYNOVIA BILDET, EIN STRATUM FIBROSUM - EINE DERBE HAUT MIT VIIIIELEN KOLLAGENEN FASERN - UND .... ÄÄH... NA JA, BEI DER DRITTEN SCHICHT DACHTEN SIE SICHER AN DAS ANGRENZENDE BINDEGEWEBE!
UND WELCHE STRUKTUR IST SO ÄHNLICH AUFGEBAUT?
DAS SPAR ICH MIR
MITTAGSPAUSE
AUCH EIN MIT FLÜSSIGKEIT GEFÜLLTES GEBILDE, DAS REIBUNG VERHINDERT...
HMMMMMMMMMMMMMMMMM
... UND DADURCH BEWEGUNG ERMÖGLICHT!
HMMMMMMMMMMMMMMMMMM
UND EBENSO WIE DIE BURSA VON EINER BINDEGEWEBIGEN KAPSEL UMGEBEN IST!
HMMMMMMMMMMMMMMMMMM
NACH REKORDVERDÄCHTIGEN 5 MIN.
EINE GELENKKAPSEL!
PRIMA, DA HABEN WIR DANN...
Kurze Abhandlung über den Kapselaufbau
NEHMEN WIR MAL DAS SCHULTERGELENK. DA WEIST DIE KAPSEL JA EINE BESONDERHEIT AUF!?


DIE DIE EXTREME BEWEGLICHKEIT IM SCHULTERGELENK GEWÄHRLEISTET


SO EINE RESERVEFALTE, DIE BEI DER ELEVATION VERSTREICHT!


DER RECESSUS!
WAHNSINN! NUR 4½ MINUTEN


DESHALB DARF MAN DEN ARM AUCH NUR IN 90° STELLUNG EINGIPSEN, WEIL SONST ...
JA JA, SCHON GUT! SO VIEL WOLLTE ICH GARNICHT WISSEN!

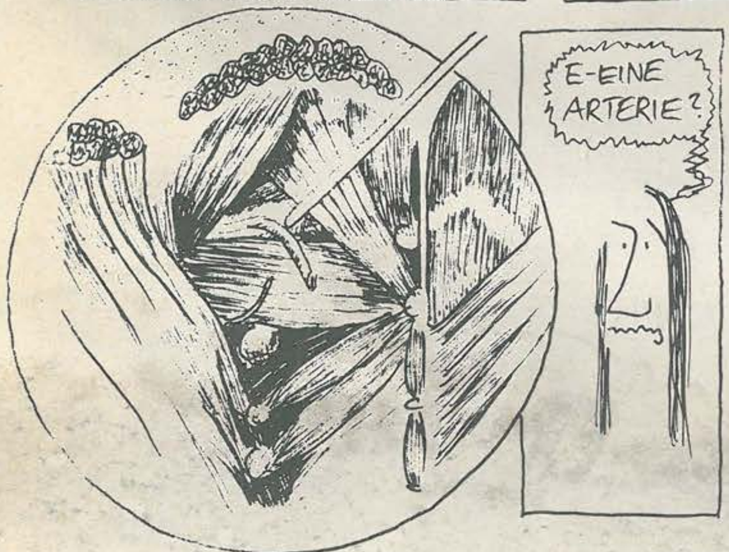

DANKE SCHÖN, HERR HOLDE


DA WAREN'S NUR NOCH ZWEI:
ACH, WIE NAIV ICH DAMALS DOCH WAR! ICH DACHTE TATSÄCHLICH, DAß ES SO ANSPRUCHSLOS WEITERGEHEN WÜRDE!


ABER
FRAU BANGE


JA

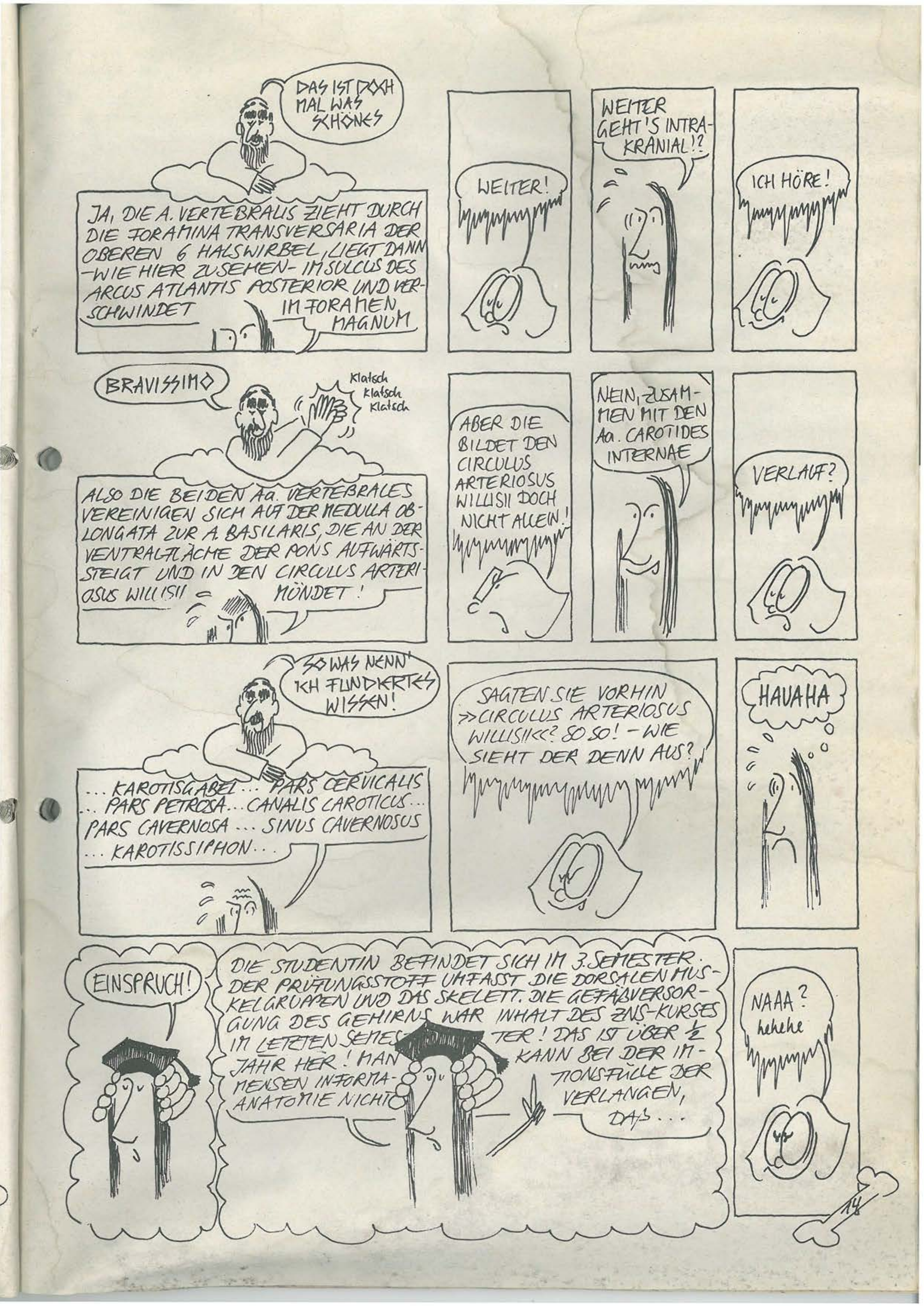

WAS IST DAS FÜR EINE STRUKTUR?

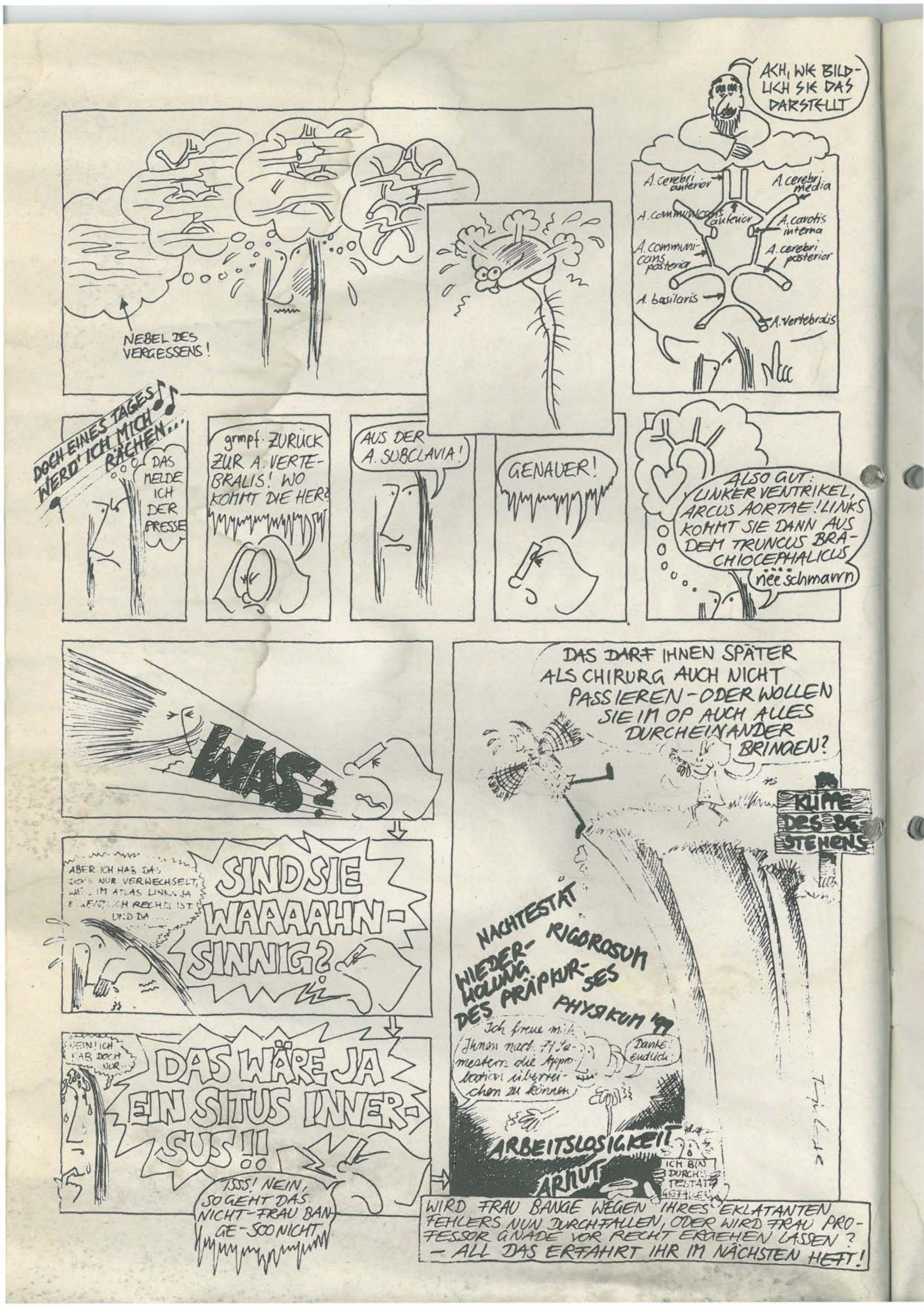



E-EINE ARTERIE?


WELCHE?


A. VERTEBRALIS!
VERLAUF?


DAS IST DOCH MAL WAS SCHÖNES
JA, DIE A. VERTEBRALIS ZIEHT DURCH DIE FORAMINA TRANSVERSARIA DER OBEREN 6 HALSWIRBEL, LIEGT DANN -WIE HIER ZU SEHEN- IM SULCUS DES ARCUS ATLANTIS POSTERIOR UND VERSCHWINDET
IM FORAMEN MAGNUM
WEITER!
WEITER GEHT'S INTRAKRANIAL!?
ICH HÖRE!
BRAVISSIMO
Klatsch Klatsch Klatsch
ALSO DIE BEIDEN Aa. VERTEBRALES VEREINIGEN SICH AUF DER MEDULLA OBLONGATA ZUR A. BASILARIS, DIE AN DER VENTRALFLÄCHE DER PONS AUFWÄRTS STEIGT UND IN DEN CIRCULUS ARTERIOSUS WILLISII
MÜNDET!
ABER DIE BILDET DEN CIRCULUS ARTERIOSUS WILLISII DOCH NICHT ALLEIN!
NEIN, ZUSAMMEN MIT DEN Aa. CAROTIDES INTERNAE
VERLAUF?
SO WAS NENN' ICH FUNDIERTES WISSEN!
... KAROTISGABEL ... PARS CERVICALIS ... PARS PETROSA ... CANALIS CAROTICUS ... PARS CAVERNOSA ... SINUS CAVERNOSUS ... KAROTISSIPHON ...
SAGTEN SIE VORHIN »CIRCULUS ARTERIOSUS WILLISII«? SO SO! - WIE SIEHT DER DENN AUS?
HAUAHA
EINSPRUCH!
DIE STUDENTIN BEFINDET SICH IM 3. SEMESTER. DER PRÜFUNGSSTOFF UMFASST DIE DORSALEN MUSKELGRUPPEN UND DAS SKELETT. DIE GEFÄßVERSORGUNG DES GEHIRNS WAR INHALT DES ZNS-KURSES IM LETZTEN SEMESTER! DAS IST ÜBER ½ JAHR HER! MAN KANN BEI DER IMMENSEN INFORMATIONSFÜLLE DER ANATOMIE NICHT VERLANGEN, DAß ...
NAAA? hehehe


ACH, WIE BILDLICH SIE DAS DARSTELLT
NEBEL DES VERGESSENS!
A. cerebri anterior
A. cerebri media
A. communicans anterior
A. carotis interna
A. communicans posterior
A. cerebri posterior
A. basilaris
A. vertebralis
DOCH EINES TAGES WERD' ICH MICH RÄCHEN...
DAS MELDE ICH DER PRESSE
grmpf. ZURÜCK ZUR A. VERTEBRALIS! WO KOMMT DIE HER?
AUS DER A. SUBCLAVIA!
GENAUER!
ALSO GUT: LINKER VENTRIKEL, ARCUS AORTAE! LINKS KOMMT SIE DANN AUS DEM TRUNCUS BRACHIOCEPHALICUS
nee schmarrn
WAS?
ABER ICH HAB DAS DOCH NUR VERWECHSELT, WEIL IM ATLAS LINKS JA EIGENTLICH RECHTS IST UND DA....
SIND SIE WAAAAHNSINNIG?
NEIN! ICH HAB DOCH NUR...
DAS WÄRE JA EIN SITUS INVERSUS!!
TSSS! NEIN, SO GEHT DAS NICHT - FRAU BANGE - SOO NICHT
DAS DARF IHNEN SPÄTER ALS CHIRURG AUCH NICHT PASSIEREN - ODER WOLLEN SIE IM OP AUCH ALLES DURCHEINANDER BRINGEN?
KUPPE DES BESTEHENS
NACHTESTAT
RIGOROSUM
WIEDERHOLUNG DES PRÄPKURSES
PHYSIKUM
Ich freue mich Ihnen nach
mestern die Approbation überreichen zu können
Danke! endlich!
ARBEITSLOSIGKEIT
ARMUT
ICH BIN DURCHS TESTAT GEFALLEN
WIRD FRAU BANGE WEGEN IHRES EKLATANTEN FEHLERS NUN DURCHFALLEN, ODER WIRD FRAU PROFESSOR GNADE VOR RECHT ERGEHEN LASSEN? - ALL DAS ERFAHRT IHR IM NÄCHSTEN HEFT!



Der AiW kommt- bis zum Beweis des Gegenteils!

Der Kommentar zur geplanten 8. AOÄ ist bereits Anfang Dezember `93 geschrieben worden - mittlerweile hat das Bundesgesundheitsministerium die Vorschläge der Sachverständigengruppe zur Einführung eines "Arztes in Weiterbildung (AiW)" als Nachfolger des "Arztes im Praktikum (AiP)" nach langedauernder Diskussion verworfen - es bleibt beim AiP. Dessenungeachtet spiegelt der Kommentar die Art und Weise wider, mit der das Bundesgesundheitsministerium Novellen in der Medizinerausbildung an den Betroffenen vorbei plant und ausführt. Da dies vermutlich auch in Zukunft so sein wird, haben wir den Artikel trotz veränderter Sachlage übernommen.

Faszinierend ist die Tatsache, mit welcher Geschwindigkeit man nach dem Gesundheitsstrukturgesetz allgemein zur Tagesordnung übergegangen ist. Momentan sieht es auch so aus, als ließen sich die Sparpläne relativ problemlos bewältigen, diejenigen, die Einblick in erste Auswirkungen auf die Versorgungssituation haben, beispielsweise Verwaltungen oder Krankenkassen, schweigen sich natürlich beharrlich aus, da sie ja schließlich die Novellierungen mitbetrieben haben. Kommentar (inoffiziell!) eines Oberarztes: "Wenn so ein Kreiskrankenhaus offenbar aus Kostengründen Intensiv-Patienten an uns abgibt, dann müssen wir uns häufiger überlegen, wo wir mit den Leuten hinkönnen. Gerade vor Wochenenden ist es schwierig..." Nun, ja. Da Herr Seehofer seine bisherigen Sparpläne ohne weiteres durchgesetzt hat-vor allem auf Kosten unserer Zukunftaussichten-sollte es verwundern, wenn vor dem AiW mehr Skrupel aufkämen, zumal eine sogenannte Sachverständigengruppe lebhaft daran arbeitet, dem Gesundheitsministerium die letzten Zweifel an der Unbrauchbarkeit bundesrepublikanischer Jungmediziner auszureden: Diese Gruppe hat also auch ein Papier produziert, in welchem das Ausbildungsziel definiert wird: "Am Ende der Ausbildung steht der zur Weiterbildung fähige, eigenverantwortlich aber nicht selbständig tätige Arzt". Diese Formulierung klingt banal, hat es aber in sich. Eigenverantwortlich aber nicht selbständig war bisher der AiP tätig, die Weiterbildung endet erst mit der Facharztanerkennung, richtig charmant wird die Verknüpfung unter Weglassung des Mittelteils: Eigenverantwortlich aber nicht selbständig tätig bis zur Facharztanerkennung. Das entsprechende Dokument wurde übrigens auch an unsere Uni verschickt mit der Bitte um eine Stellungnahme dazu autorisierter Gremien (Konvent und Rektorat), die es natürlich nicht für nötig hielten, die (studentische) Öffentlichkeit darauf aufmerksam ·zu machen, wobei ihnen zugute gehalten werden muß, daß sich diese meistens nicht dafür interessiert. Übrigens werden in dem Papier noch einige andere Dinge "angedacht": Wegfall der Staatsexamina, dafür Ausweitung mündlicher und schriftlicher Prüfungen unter Universitätsregime, erhebliche Reduzierung der Stud.-Zahlen usw. Natürlich ist die Gretchenfrage, ob und wieweit die Vorschläge vom BMG umgesetzt werden. Dazu ist folgendes anzumerken: Generell würde der AiW strategisch ins Bild passen, da Seehofers zentraler Ansatzpunkt die Beschränkung der Zulassung zum Kassenarzt ist. Die Einführung eines AiW wäre als flankierende Maßnahme gut geeignet: Immer länger würde der Zeitraum, in dem ein Mediziner sein Dasein unter den Bestimmungen der Approbationsordnung fristen müßte. Seehofer hätte damit direkten Zugriff auf den Status der untersten Ärzteebene und könnte diesen in

Aus unglücklichen Koordinierungsgründen - sorry, Leser und Alex - : Fortsetzung auf Seite 41

Richtigstellung:

Hiermit möchten wir uns für einen ganz bedauerlichen Tippfehler entschuldigen, der uns in der letzten **Bauchpresse** auf Seite 19 (das Interview mit Prof. Pohl zum Thema Tierversuche an der MUL) unterlaufen ist. Richtig muß es natürlich heißen: "[...]Diese Studenten sind sicher moralisch **nicht** weniger integer als diejenigen, die von vornherein ein Experiment an einem isolierten Herzen ablehnen.[...]"!! Wir werden versuchen, demnächst noch konzentrierter beim Tippen und Korrekturlesen zu arbeiten! Sorry - die Redaktion

Liste der Leute, die **die Bauchpresse** noch nicht kennen:

Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig

Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neu
Bauchpresse macht n
Bauchpresse macht
Bauchpresse macht
Bauchpresse macht
Bauchpresse macht
Bauchpresse ma
Bauchpres
Bauch
Bau
Bau
Bau
Bauc
Bauch
Bauchp
Bauchp
Bauch
Bauch
Bauchp neugierig
Bauchpres ugierig
Bauchpresse erig
Bauchpresse mac erig
Bauchpresse mac erig
Bauchpresse ma gierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig

Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
chpresse macht neugierig
resse macht neugierig
sse macht neugierig
sse macht neugierig
sse macht neugierig
presse macht neugierig
hresse macht neugierig
neugierig
gierig
gierig
gierig
gierig
ugierig
neugierig
t neugierig
neugierig
eugierig
eugierig
Bau neugierig
Bau acht neugierig
B e macht neugierig
esse macht neugierig
resse macht neugierig
b **sse** macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig

Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig
Bauchpresse macht neugierig

Zum Ausmalen

Die arterielle Versorgung der Bauchorgane

T. L...

A: TRUNCUS COELIACUS

A. HEPATICA COMMUNIS ⇨ 1
PLICA GASTROPANCREATICA

▷ A. HEPATICA PROPRIA ⇨ 2
LIG. HEPATODUODENALE

- A. GASTRICA DEXTRA ⇨ 3
- R. DEXTER ⇨ 4
  - A. CYSTICA ⇨ 5
- R. SINISTER ⇨ 6

▷ A. GASTRODUODENALIS ⇨ 7

- A. GASTROEPIPLOICA DEXTRA ⇨ 8
  - Rr. GASTRICI ⇨ 9
  - Rr. EPIPLOICI ⇨ 10
- Aa. PANCREATICODUODENALES SUP. ⇨ 11

A. GASTRICA SINISTRA ⇨ 12
PLICA GASTROPANCREATICA

- Rr. OESOPHAGEALES ⇨ 13

A. LIENALIS ⇨ 14
LIG. LIENORENALE

▷ Rr. PANCREATICI ⇨ 15

▷ A. GASTROEPIPLOICA SINISTRA ⇨ 16
LIG. GASTROLIENALE
- Rr. GASTRICI ⇨ 17
- Rr. EPIPLOICI ⇨ 18

▷ Aa. GASTRICAE BREVES ⇨ 19
LIG. GASTROLIENALE

▷ Rr. LIENALES ⇨ 20

B: A. MESENTERICA SUPERIOR

A. PANCREATICODUODENALIS INF. ⇨ 21

A. COLICA MEDIA ⇨ 22
MESOCOLON TRANSVERSUM

A. COLICA DEXTRA ⇨ 23

A. ILEOCOLICA ⇨ 24
- R. COLICUS ⇨ a
- R. CAECALIS ANTERIOR ⇨ b
- R. CAECALIS POSTERIOR ⇨ c
- A. APPENDICULARIS ⇨ d
  MESOAPPENDIX
- R. ILEALIS ⇨ e

Aa. JEJUNALES ET ILEALES ⇨ 25
MESENTERIUM

C: A. MESENTERICA INFERIOR

A. COLICA SINISTRA ⇨ 26

Aa. SIGMOIDEAE ⇨ 27
MESOCOLON SIGMOIDEUM

A. RECTALIS SUPERIOR ⇨ 28

AUF DER NÄCHSTEN SEITE ERKENNT IHR DIE AORTA ABDOMINALIS MIT IHREN 3 HAUPTÄSTEN (A, B, C) FÜR DIE VERSORGUNG DER UNPAAREN BAUCHORGANE! MIT //// GEKENNZEICHNETE ORGANE LIEGEN RETROPERITONEAL; DIE GEFÄSSE HABE ICH VON EINER MARKIERUNG AUSGESCHLOSSEN! DA DIE AORTA JA RETROPERITONEAL LIEGT, STELLT SICH DIE FRAGE, ...

... WIE DIE ARTERIEN INTRAPERITONEAL GELEGENE ORGANE ERREICHEN ?! ÜBER BAUCHFELLFALTEN (PLICAE, LIGAMENTI & MESENTERIEN), DIE ICH klein UNTER DEN ENTSPRECHENDEN ARTERIEN VERMERKT HABE!

•:• WEISEN AUF ANASTOMOSEN HIN!

← GANZ SCHLAUE!

DANN MALT MAL SCHÖN ARTERIE FÜR ARTERIE AUS! VIELLEICHT HABT IHR JA 23 VERSCHIEDENE ROTTÖNE FÜR DIE WICHTIGSTEN ÄSTE! – WAR'N WITZ!
Ich wünsch Euch viel Spaß
Eure Tanj–

ALLES (HOFFENTLICH) RICHTIG – ABER OHNE ... E = Ä


O. MINUS
A
B
C
VENA
RADIX MESENTERII
T. L. J.
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
a
b
c
d
e



Zukunft nach seinen Vorstellungen verändern, während momentan noch die Bundesärzteordnung bestimmt, daß bereits mit dem Ende des AiPs die Vollapprobation mit allen Rechten zu erteilen ist. Die Ausweitung der AiP-Zeit auf die gesamte Weiterbildung hat noch einen weiteren Reiz: Die jetzige AO legt- trotz anderslautender Meinungen- bereits das Gehalt des AiPlers fest, was wiederum mit seiner nicht eigenverantwortlichen Position zusammenhängt (§34a-c, 7. AO). Diese Gehaltseinstufung kann Seehofer nach einer Änderung der Bundesärzteordnung durch den Bundestag auf die Weiterbildungszeit übertragen. Daß der Bundestag die BÄO ändert, ist abzusehen, weil sich natürlich kein Parlamentarier dafür interessiert, was sich dahinter verbirgt.

Nach der Podiumsdiskussion zu den Berufsaussichten junger Mediziner war Herr Ringkamp, MdB (CDU) und Mitglied des Gesundheitsausschusses, ehrlich betroffen über seine Ahnungslosigkeit in Fragen bezüglich dieses Themas. Er schrieb darauf an das BGM. Am 22.11.93. erhielt er von einem gewissen Herrn Dr. Wanner eine Antwort, die er freundlicherweise dem Asta überlies und die zitierenswert erscheint:
"Die Sachverständigengruppe zu Fragen der Neuordnung des Medizinstudiums beim Bundesminister für Gesundheit unter Leitung von Herrn Prof. Wirsching hat am 17. März 1993 Ihren Bericht Frau Parlamentarischer Staatssekretärin Dr. Bergmann-Pohl übergeben. Das BGM hat diesen Bericht der Sachverständigenkomission an die betroffenen Länder, Verbände und Gesellschaften versandt und um Stellungnahme gebeten. Das BGM sah keine Veranlassung, den von der Sachverständigengruppe vorgelegten Berichtstext von sich aus zu verändern, auch wenn dieser Text bezüglich der Zieldefinition zu unterschiedlicher Interpretation Anlaß gab. Die Vieldeutigkeit der Studienzieldefinition der Sachverständigen hat zu der - unrealistischen - Befürchtung geführt, es sei beabsichtigt, einen AiW anstatt des AiP einzuführen. Zum Jahresende wird voraussichtlich ein erster Entwurf des BGM zur Reform des Medizinstudiums vorgelegt werden. Dieser wird auch Aussagen zu Zielvorstellungen, zur Ausbildungsstruktur und zum Zeitpunkt der Approbationserteilung enthalten. Ich gehe davon aus, daß dieser



Entwurf die weitere Diskussion versachlichen wird."

•

Bleibt zu hoffen, daß die Diskussion überhaupt einmal beginnt.

A.Fein

Berufschancen junger Mediziner ?!
AIP? AIW? Arbeitslosigkeit ?!

Wir schulen um zum/zur

Kräutergärtner/in *

In unseren intensiven, individuellen Bedürfnissen entsprechenden Fachkursen bieten wir:

*Erdnahe Auseinandersetzung mit sich selbst und der Natur (schweißtreibendes Buddeln und dreckige Hände)

*Training im pharmazeutischen Selbstversuch

*Selbstfindung in der Kräutergartenmeditation

*Entdeckung des Unterschied zwischen Johannisbeere und Tollkirsche

*Förderung gruppendynamischer Prozesse in vollklimatisierten Räumen in naturnaher Umgebung

*Umfangreiches Animationsprogramm (heiße Sommer- und Winternachtspartys bei Kräutertee und Kräuterbier)

Ausführliche Informationen

Institut **HEILIS & KRAUTIS** (noch nicht) **e.V.**
Räume der ehemaligen Fachschaft Vorklinik
Medizinische Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160 , 23538 Lübeck

Fortbildung erweitert den Blickwinkel.
*leider n.n.staatl.anerk.

PS. Die Heilpflanzen AG trifft sich jeden Freitag um 11 Uhr im Heilpflanzengarten hinter der Vorklinik (gegenüber dem Histosaal).



Tschüss Solidarität ! Willkommen AiW

Kommentar eines norwegischen Kommilitonen

Die medizinisch Ausgebildeten und Auszubildenden können sich auf eins einigen, die Berufschancen für Ärzte in Deutschland sind eher sparsam.
An unserer Universität wurde im November zum Diskussionsabend eingeladen. Viele von uns waren da und haben sich die Repräsentanten des Gesundheitsausschusses, der kassenärztlichen Vereinigung, des Marburger Bundes und der Studenten angehört. Es ging eigentlich um unsere Berufschancen im Zuge der Gesundheitsreform, aber bald wechselten die Anwesenden das Thema, um über das AiW zu streiten.
Tolle Sache, aber wurden wir eigentlich etwas klüger als vorher? Die meisten Kommilitonen haben wohl nachher eine kurze Depression durchlitten.
Konsensus war aber: Jetzt müssen wir etwas unternehmen!
Mir ist trotzdem ein Licht aufgegangen. Ich war früher davon ausgegangen, daß die Studenten in Deutschland mindestens eine bundesweite Interesseorganisation hätten. Ich wurde auch von der Tatsache überrascht, daß es keinen fachlich sozialen Verein für Medizinstudenten gibt. Außerdem hat es mich erstaunt, daß die verschiedenen Ärztegruppen untereinander sehr wenig Solidarität zeigten.

Selbst komme ich aus einem kleinen Land mit dem Mittelpunkt am Polarkreis. Wir haben auch ein ähnlich demokratisches System wie Ihr hier in Deutschland. Bei uns ist es natürlich auch ein Problem, daß die Politiker gerne Geld sparen möchten. Die Studenten werden dann auch nicht geschont.
Um z.B. in der Haushaltsdebatte gegen die politischen Parteien argumentieren zu können, sind die norwegischen Studenten in einer Union zusammengeschlossen (NSU-norsk Studentunion). Die etwa 9000 Studenten im Ausland haben ANSA (association of norwegian students abroad) als ihre fachlich, soziale und kulturelle Interesseorganisation. Diese beiden Organisationen arbeiten jeden Tag für uns und unsere Probleme mit der freundlichen Unterstützung des norwegischen Staates, paradoxerweise. Als Beispiel kann ich nennen, daß das Gesundheitsministerium in Norwegen das deutsche PJ nicht anerkenne mochte. Aber wegen der Argumentation ANSA's wurde der Vorschlag zurückgezogen.
Für Medizinstudenten gibt es den norwegischen Medizinstudentenverein, Abteilung des (einzigen norwegischen) Ärztebundes. Dieser Studentenverein hat eigentlich ihren Ursprung bei den norwegischen Medizinstudenten, als diese zu Hause Probleme mit der Approbation bekamen. Jetzt haben wir also alle Ärzte Norwegens hinter uns, wenn wir uns gegen die Behörden richten müssen.
Das zeigt sich vielleicht an den Bedingungen eines AiP-lers in Norwegen. Man bekommt eine Wohnung zu günstigen Konditionen gestellt, Kindergartenplätze, 40 Stundenwoche, bezahlte Überstunden, ein vernünftiges Gehalt; all dieses



erreicht man nicht als Einzelkämpfer. Nur zusammen sind wir stark.
Ich will nicht leugnen, daß es auch bei uns ungelöste Probleme gibt, z.B. die Zwangsversetzung von Ärzten in die entlegenen Gebiete (irgendwo am Rande des Nordpols).
In Zukunft müßte es auch in Deutschland so sein, daß Ärzte und Studenten an einem Strang ziehen, um das Studium und die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Es geht dann dabei nicht nur ums Geld, sondern vor allem um die Möglichkeit, Arzt und Mensch gleichzeitig zu sein.
Wie wäre es zum Beispiel mit etwas mehr Engagement in der Studentenabteilung des Marburger Bundes ?
Das Wichtigste aber ist die Solidarität, z.B. bei der Vergabe der AiP-Stelle. Was wäre, wenn alle auf ihren AiP-Platz verzichten würden ? Wenn alle Assistenzärzte um 4 Uhr nach Hause gehen würden ?
Die Studenten müssen einfach mehr Mut an den Tag legen. Die Demo vor ein paar Wochen war möglicherweise ein Beginn, aber kein Donnerwetter. Wir waren einfach zu nett. Kein echter Demonstrant geht auf dem Bürgersteig, er geht mitten auf der Hauptstraße (trotz oder gerade wegen der Autos). Unsere Kollegen in Norwegen haben auch demonstriert. Sie haben 2 Stunden in einer großen Stadt den Fußgängerüberweg einer Hauptstraße blockiert. Als der Stau auf jeder Seite bereits drei Kilometer betrug, hat die Polizei endlich eingegriffen.
Mit der voraussichtlichen Einführung des AiW hat es den meisten von uns endlich gereicht. Wollen wir uns von den Politikern wie Fußbälle treten lassen ?

Egil / Thomas Kempmann









In der Höhle des Löwen ?

Vieles wurde in der letzten Zeit über das neue Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) geredet oder geschrieben. Die Studentenschaft hat mehrfach gegen das GSG bzw. dessen Folgen Stellung bezogen. Oft entbehrten allerdings Diskussionen und Aktionen einer sachlichen Grundlage. In diesem Zusammenhang wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) von studentischer Seite beschuldigt, es nicht ohne Eigennutz zugelassen zu haben, daß uns die Berufsaussichten zugemauert worden sind. Den KVen kommt bei der Umsetzung des GSG eine Schlüsselrolle zu, da sie u.a. die von dem Gesetzgeber vorgeschriebenen Niederlassungsbeschränkungen umzusetzen haben.
Wir haben gerade deswegen den Präsidenten der Hamburger KV, Herrn Professor Dr. Ulrich Kleeberg - Arzt für Hämatologie, Onkologie und Labormedizin, seit 1993 Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg- gebeten, Stellung zu nehmen und die Situation aus seiner Sicht darzustellen.

Bauchpresse (BP): Was ist die KV und welche Aufgaben hat sie?

Kleeberg: Die KV wurde 1931 als eine Körperschaft des öffentlichen Rechts gegründet. Seit dieser Zeit ist sie beauftragt, die Interessen der Ärzteschaft gegenüber den Krankenversicherern zu vertreten sowie gemeinsam mit diesen Verträge über Umfang und Honorierung vertragsärztlicher Leistungen zu schließen.
Die KV ist also eine Organisation, die dafür Sorge trägt, daß das Geld, das die Solidargemeinschaft an die Krankenkassen bezahlt, nach Prüfung der ärztlichen Leistungen weitergegeben wird. Die KV hat damit eine sehr wichtige Kontrollfunktion.
Weiter ist sie verantwortlich für die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und die Qualitätssicherung ärztlicher Arbeit.

BP: Welche Veränderungen hat das Inkrafttreten des GSG für die KV mit sich gebracht?

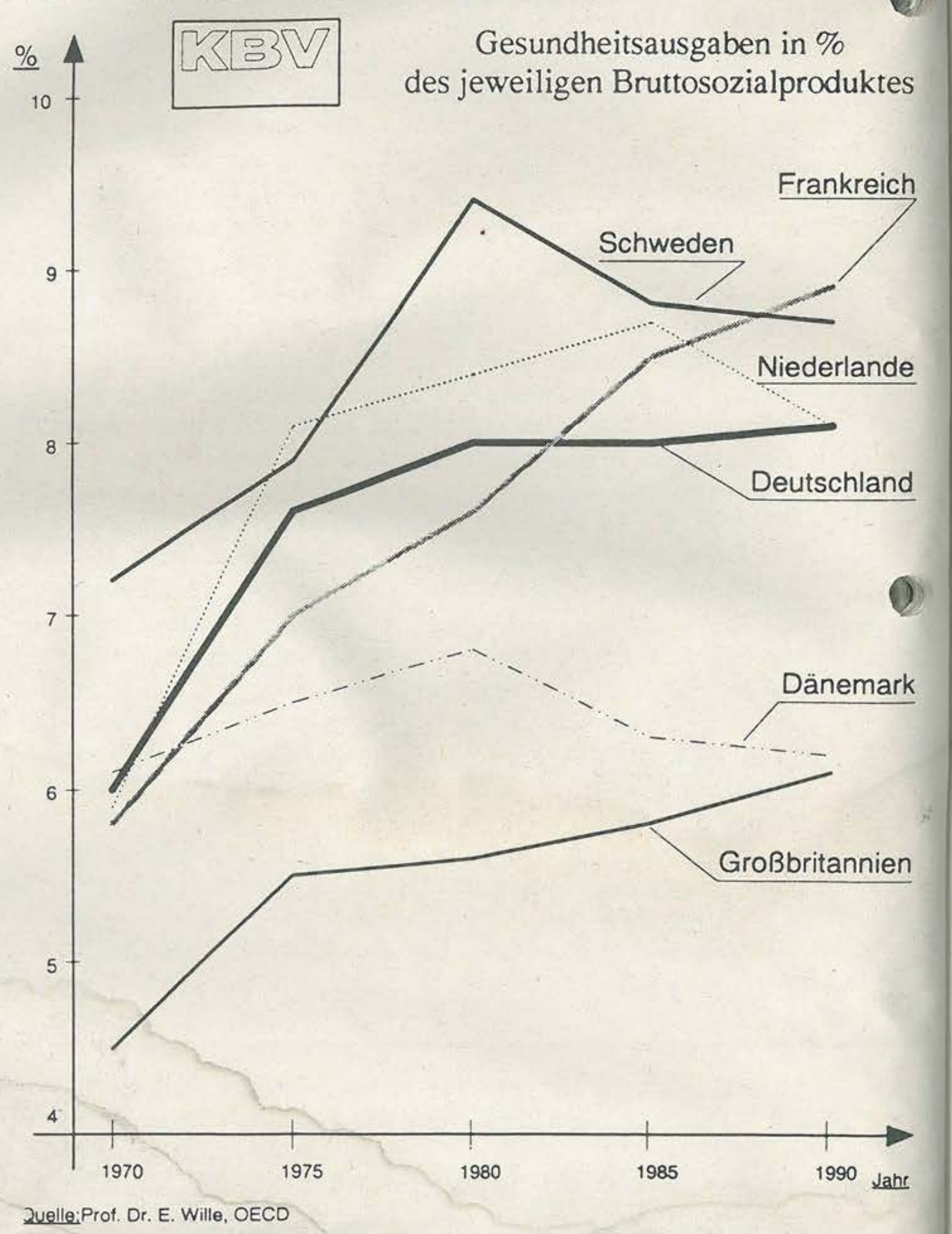
Kleeberg: Jetzt sind, letztlich ausgelöst durch das GSG, in vielen Ländern, so auch in Hamburg, neue Vorstände der KVen gewählt worden, zum Teil auch deswegen, weil ein Teil der Vertragsärzteschaft mit der bisherigen Berufspolitik ihrer Funktionäre unzufrieden war. Die Unzufriedenheit gründete sich in erster Linie darauf, daß die niedergelassenen Ärzte erfahren mußten, wie sie für ihre Leistungen immer unzureichender honoriert wurden.
Als ich für das Amt des Vorsitzenden kandidierte, habe ich dafür geworben, daß wir nicht als Gewerkschaftler auftreten sollen, sondern umgekehrt zunächst zu beweisen wäre, daß wir als Vertragsärzte qualitativ hochwertige Arbeit machen, das gute Leistung ihren Preis hat und daß wir dann auch eine Anerkennung unserer Arbeit erwarten, die unserer langen Aus- und Weiterbildung und unserem persönlichen Einsatz angemessen ist. So bin ich in dieses Amt gekommen, um gemeinsam mit dem Vorstand und der Vertreterversammlung, also den demokratisch gewählten Gremien, die die Vertretung der Hamburger Ärzte darstellt, neue Konzepte für eine Reform des Gesundheitswesens zu erarbeiten. Diese Aufgabe wollen wir im Rahmen einer Konzertierten Aktion gemeinsam mit den übrigen, für die Gesundheitspolitik verantwortlichen Partnern und unterstützt von ärztlichen Beiräten bewältigen.
Eine entscheidende Frage ist, bis zu welchem Maße die Solidargemeinschaft mit Kosten für das Gesundheitswesen belastet werden kann. Die Antwort darauf ist, daß in Zukunft nicht alles, was medizinisch möglich ist bzw. für das Individuum wünschenswert wäre, zu Lasten der Solidargemeinschaft finanziert werden kann.
Nun zu den direkten Folgen des GSG: Der Bundesgesundheitsminister hat es sich aus sehr naheliegenden, zum Teil politisch-opportunistischen Gründen einfach gemacht und die beiden Bereiche der klinischen wie der ambulanten Krankenversorgung budgetiert. Dabei hat er sich an den Ausgaben des Jahres 1991 orientiert. Dort, wo die Ärzteschaft dieses Budget überschreitet, werden sie - wie im ambulanten Bereich - entweder selbst zur Kasse gebeten oder im stationären Bereich ihre Maßnahmen rationieren müssen. Ganz unverfroren hat man damit der



Ärzteschaft auch noch das sogenannte Morbiditätsrisiko, also die Verantwortung für eine Zunahme von Erkrankungen, aufgebürdet.
"Man gehe davon aus", so der Gesundheitsminister, daß sowohl im stationären wie ambulanten Bereich genügend freie Valenzen bestünden, die eine Rationalisierung und damit Kostendämpfung ermöglichten. Für den niedergelassenen Bereich bedeutet dies, daß eine Zunahme der Leistungen bei gedeckeltem Budget zu einer Abnahme des Punktwertes, also des Geldes führen muß, was der Arzt für seine Arbeit erhält. Wenn 1993 bedingt durch die steigende Zahl der Versicherten (Migrantenströme), der Alten (Polymorbidität), durch eine Grippewelle (März '93), technische Innovationen, die zunehmende Arztdichte usw. mehr Leistungen erbracht werden bzw. werden müssen als 1991, dem Jahr, dessen Gesamtausgaben vom BMG zugrunde gelegt wurden, dann resultiert dies in einem fallenden Punktwert. So wurden jetzt z. B. nur noch ca. 80 Prozent des Sollwertes ausbezahlt.
Für viele Praxen bedeutet dies, daß sie technisch aufwendige Leistungen nicht mehr erbringen können. Schlimmer noch, die kleinen Praxen in ungünstigeren Regionen mit hohem Anteil von Arbeitslosen usw. werden in diesem Wettbewerb nicht mehr mithalten können. In jedem Falle ist das Ergebnis für unsere Patienten fatal: Es kommt zu einer punktuell sicher unterschiedlichen, aber doch spürbaren Einschränkung der Leistungsbreite und damit der Qualität der Krankenversorgung. Von den Wirtschaftsabteilungen der KVH sind Befürchtungen geäußert worden, daß in Hamburg etwa 10 %, die Niedersachsen und Schleswig-Holsteiner Kollegen sprechen von 20 % , der Praxen in Konkurs gehen können.

BP: Sind sie der Meinung, daß das GSG die ökonomischen Probleme richtig angeht?

Kleeberg: Ich bin davon überzeugt, daß es das nicht tut. Ich möchte folgende skeptische Anmerkung machen: Es ist mein Eindruck, daß das GSG deswegen in kürzester Zeit gezimmert wurde, weil die nächsten Bundestagswahlen vor der Tür stehen.
Aus der Sorge heraus, z. B. eine Rentenerhöhung nicht mehr finanzieren zu können, die Lohnnebenkosten weiter anheben zu müssen und damit die Bevölkerung zu verärgern, wurde entschieden, die hierfür notwendigen Ressourcen durch eine Deckelung der Krankenversorgung freizusetzen. Ich halte also das GSG nicht in seinem Ansatz, aber in seiner Durchführung für ein Gesetz mit vielen unbedachten Konsequenzen.





»Wir müssen ihn wegschaffen – er ist wirklich keine gute Reklame!«
Hans Qvist, Dänemark. © PIB

BP: Welchen Einfluß konnten die Vertretungen der Ärzteschaft auf das Zustandekommen des Gesetzes nehmen?

Kleeberg: Das Bundesgesundheitsministerium hat zwar verschiedene medizinische Gremien, so auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hierzu befragt. Aber die Vertreter der vergangenen Amtsperiode, geleitet von Herrn Dr. Oesingmann, berichten, daß es sich um keine eigentlichen Anhörungen Sachverständiger handelte, deren Rat man unvoreingenommen berücksichtigte, sondern sich die Regierung aus den verschiedenen Fachgruppen, den Vertretern der klinischen wie der ambulanten Medizin usw. jeweils die Argumente zusammenklaubte, die gerade in das Konzept des Bundesgesundheitsministers zur Kostendämpfung paßten. Es ist also nicht ein Konsens innerhalb der Ärzteschaft herbeigeführt und als Grundlage für das GSG angenommen worden, sondern die politischen Entscheidungen standen nahezu ausschließlich unter dem Primat der Kostendämpfung.

BP: Ist die Niederlassungsbeschränkung wirklich notwendig?

Kleeberg: Zunächst muß man wissen, daß mit der Zahl der Ärzte auch die Patienten-/Arztkontakte zunehmen. Der Bedarf für ärztliche Betreuung wird also bis zu einem gewissen Maß durch die Verfügbarkeit von Ärzten geweckt. Wenn der Patient lange im Wartezimmer sitzen muß, bis sich der Arzt seiner annehmen kann, verkneift er sich jeden nicht unbedingt nötigen Besuch. Hat er leichten Zugang zum Arzt, geht er eher 'mal hin.
Unsere Verpflichtung um das Wohl unserer Patienten bedeutet aber auch dessen sorgfältige Exploration, die Untersuchung und oft genug zum Ausschluß ernster Erkrankungen ergänzende technische Analysen. Dies wiederum kostet Geld und belastete vor der Einführung von gedeckelten Budgets die Solidargemeinschaft der Versicherten.
Da wir in Deutschland zeitweise international die höchste Arztdichte hatten und auch jetzt nach Italien noch an zweitoberster Stelle stehen, wurde wiederum unter dem Primat des



GSG zur Kostendämpfung der disqualifizierende Terminus des Leistungserbringers geschaffen. Wenn man Kosten einsparen will, liegt es dann ja nahe, die Zahl derer zu begrenzen, die diese Leistungen erbringen - oder wie in der Öffentlichkeit von Seiten der Politik negativ unterstellt wird - die Leistungen verursachen.
Hieraus resultierte die sogenannte Bedarfsplanung: Wer nicht bis zum 1.10.1993 seine Praxis gründete, kann sich in bestimmten Gebieten mit hoher Arztdichte in Zukunft nicht mehr niederlassen - es sei denn, es würde ein Platz frei. Um dies zu erleichtern, wird die Tätigkeitszeit des Arztes ab 1999 auf das 68. Lebensjahr beschränkt. Diese Bedarfsplanung hat natürlich ganz erhebliche Konsequenzen, die sich in die Weiterbildung und von dort aus in die Ausbildung der Studenten zurückstauen.

BP: Gibt es trotz der Niederlassungsbeschränkungen noch Bereiche, in denen sich Ärzte niederlassen können bzw. wo eine Versorgungslücke besteht?

Kleeberg: Das BMG hat auf ganz Deutschland eine Karte projeziert und festgestellt, daß es bestimmte Gebiete gibt, die überversorgt sind und solche, in der noch eine Niederlassung möglich ist.
Wenn Sie z. B. in Hamburg, Lübeck oder Kiel Staatsexamen machen und bereit sind, etwa in die Eifel zu gehen, dann werden Sie sich dort mit großer Wahrscheinlichkeit niederlassen können. Bezogen auf das gesamte Bundesgebiet gibt es noch ca. 30 % Regionen, wo man sich wenigstens in bestimmten Berufszweigen noch niederlassen kann.

BP: Gibt es darüber hinaus noch Lücken in der ärztlichen Versorgung, die sinnvoll zu füllen sind?

Kleeberg: Eines unserer wichtigsten Anliegen ist es, unsere Bevölkerung frühzeitig auf die Bedeutung präventiver Maßnahmen aufmerksam zu machen und diese zu fördern. So haben wir z. B. Defizite bei der Betreuung Jugendlicher. Wir klagen darüber, daß zu wenig Leute zur Krebsvorsorgeuntersuchung gehen und sprechen 50jährige an. Richtig wäre, bereits die 15jährigen zu motivieren, ihr Leben unter den Aspekt der Prävention zu stellen.
In Städten und Gemeinden mit hohem Ausländeranteil haben wir Versorgungslücken von Ärzten für bestimmte Fachgebiete. So ist z. B. die Versorgung der mohammedanischen Frauen in Hamburg nicht optimal.
Auch haben wir große Lücken in der geriatrischen Krankenbetreuung. Hier fehlt es an Ärzten wie Pflegepersonal.
Dies sind nur ein paar Beispiele dafür, daß die KV gefordert ist, neue Konzepte zu entwickeln, um eine umfassende und gute Krankenversorgung sicherstellen zu können. Hierfür bedarf es einer neuen Generation von Ärzten, die in ihrer Ausbildung auf diese Aufgaben vorbereitet und in ihrer Weiterbildung hierfür qualifiziert werden.

BP: Welche Folgen hat die Niederlassungsbeschränkung für junge Ärzte und Medizinstudenten?

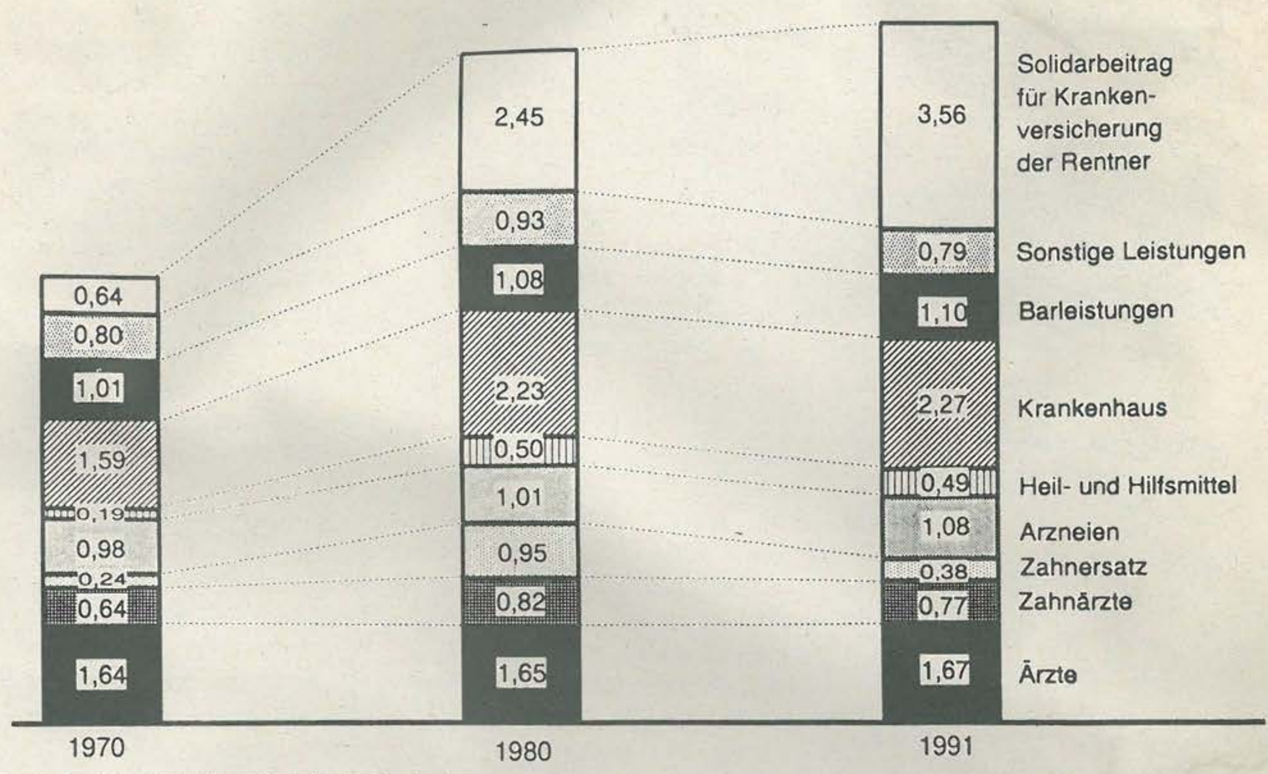
Kleeberg: Wie schon gesagt, kommt es zum Rückstau in den Kliniken. Wenn der Arzt im Krankenhaus sich nicht mehr niederlassen kann, bleibt ihm keine andere Wahl, als solange wie irgend möglich am Krankenhaus zu bleiben. Hierdurch werden die Weiterbildungsstellen blockiert und der Rückstau trifft den frisch approbierten Arzt, der nach Abschluß seiner Ausbildung das schwächste Glied in dieser drückenden Kette bildet.

BP: Was kann man dagegen tun?

Kleeberg: Vorerst bleibt keine andere Wahl, als den Zugang zum Medizinstudium zu begrenzen.
Die Wahrscheinlichkeit, den Arztberuf nach einem langen, schwierigen und oft auch entbehrungsreichen Studium antreten und nach langen Jahren der Qualifikation dann ausüben zu können, wird immer geringer.
In 10 Jahren kann, in 15 Jahren wird sich diese Situation aber wieder grundlegend geändert haben. So bedarf es jetzt einer weitsichtigen Planung, die sich auf eine sinnvollere Form unserer Krankenversorgung stützt. Es ist bedrückend zu erleben, wie gering der Einfluß der Ärzteschaft als Fachleute hier auf die Entscheidungen der Kostendämpfer ist.
Von Versorgungsengpässen, die eine spezielle Öffnung für nachrückende Mediziner ermöglichen, sprachen wir schon. So haben wir auch zu wenig qualifiziert weitergebildete Ärzte für Allgemeinmedizin. Noch gibt es an erst wenigen Universitäten entsprechende Lehrstühle und an wenigen Kliniken entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten. Um hier einem dringenden Bedarf abzuhelfen, haben sich die niedergelassenen Ärzte für ihre jungen Kollegen solidarisiert und aus eigener Tasche



Leistungsausgaben der GKV für Allgemeinversicherte in % vom Grundlohn



Quelle: Amtliche Statistik und Statistik der Krankenkassen

Weiterbildungsstellen finanziert. Im vergangenen Jahr allein in Hamburg für 1,7 Mio DM, 1994 noch für 700.000 DM.
Es ist dringend an der Zeit, daß hier nicht nur Länder und Gemeinden, sondern auch die Krankenkassen im Sinne ihrer Versicherten aktiv werden.

BP: Kann man nicht die viele Arbeit, die in den Kliniken und Praxen geleistet wird, wo viele Ärzte viele Überstunden leisten, auf mehr Hände verteilen und damit mehr Arbeitsplätze schaffen?

Kleeberg: Darauf gibt es zwei Antworten: Die erste lautet: Im ambulanten Bereich wäre dies natürlich möglich, und wir werden dies auch erreichen, obwohl dies die aktuellen Gesetze nicht zulassen. Teilzeitarbeit, die Möglichkeit, daß sich mehrere einen Arbeitsplatz, eine Praxis teilen, wird es nicht nur erlauben, mehr Ärzte zu beschäftigen, sondern wird ganz entscheidend zu einer Verbesserung der umfassenden Patientenbetreuung beitragen.
Für den klinischen Bereich gibt es eine andere Antwort: Die Bemühungen der Gewerkschaften, durch eine Verminderung der Wochenarbeitszeit mehr Arbeitsplätze zu schaffen, sind fehlgeschlagen. Rationalisierungsmaßnahmen, jüngst die Kostendämpfung durch das GSG, suchen zunächst die teuren Personalkosten zu reduzieren. In unserer jetzigen wirtschaftlichen Gesamtsituation ist es wohl eine Milchmädchenrechnung zu glauben, daß durch Arbeitszeitverkürzung neue Arbeitsplätze geschaffen würden.

BP: Ist die Situation der Ärzte hinsichtlich der Arbeitszeitverkürzung denn dieselbe wie die der Industriearbeiter?

Kleeberg: Teils nein, teils ja: In den Bereichen der Medizintechnik durchaus. Gerade hier wird in jüngster Zeit immer mehr ärztliches, aber auch paramedizinisches Personal abgebaut. Der technische Bereich der Medizin läßt sich rationalisieren. Dort, wo das Schwergewicht auf der persönlichen Zuwendung zum Patienten liegt, ist dagegen ein Arbeitsplatzabbau durch Arbeitszeitverkürzung schwer vorstellbar. Kostendämpfung im Klinikbereich wird entscheidend durch eine Verlagerung der stationären zur ambulanten Krankenversorgung erreicht. Aber damit wird auch nur das Problem verlagert, nicht gelöst.



BP: Welche Möglichkeiten der Arbeitszeitverkürzung sehen Sie bei Ärzten?

Kleeberg: Um es noch einmal mit anderen Worten zu sagen: Diejenigen, die nur Teilzeit arbeiten möchten, sollten dies auch tun können.
Eine junge Ärztin und Mutter muß zur Zeit ihre Arbeit völlig aufgeben oder neben der Umsorgung ihrer Kinder und Familie ganztags arbeiten, wenn sie im Beruf bleiben will. Entweder... oder... Warum? Erlaubt doch den jungen Frauen, daß sie dann, wenn ihre familiären Verpflichtungen wieder nachlassen, einer Teilzeitarbeit nachgehen können. Voraussetzung ist hier eine wohlstrukturierte und verpflichtende, berufsbegleitende Fortbildung. Hierzu haben wir in unserem Ärztinnen-Beirat in Hamburg neue Konzepte entwickelt. Auch hier geht der Weg von der Einzel- zur Gruppenpraxis, und das Ergebnis wäre eine weit umfassendere Krankenversorgung, als dies bisher üblich ist.
Gegen Ende des Berufslebens stellt sich die Frage der Teilzeitarbeit erneut: Senior- und Junior-Partner kooperieren mit unterschiedlicher Arbeitszeit. Wir diskutieren viele weitere Möglichkeiten.

BP: Ist die Bereitschaft, den Kuchen zu teilen, überhaupt vorhanden?

Kleeberg: Die Bereitschaft ist sicher bei den Suchenden größer als bei denen, die abgeben sollen.
Die Schwierigkeiten liegen da im Detail. Es läßt sich nicht ohne weiteres ein Mitarbeiter auf Station oder in der Spezialpraxis mit identischen Qualifikationen finden.
Auch wachen die verschiedenen Berufs- und Fachgruppen eifersüchtig darüber, daß ihnen keine Nachteile erwachsen.

BP: Sind ihre Vorstellungen dann also Utopie für uns Berufsanfänger?

Kleeberg: Ich hoffe nicht, und ich bin optimistisch, daß es gelingen wird, die notwendige Reform unseres Gesundheitswesens im Rahmen einer konzertierten Aktion zu realisieren.

BP: Wie sehen denn ihre Konzepte zur zukünftigen Finanzierung der medizinischen Versorgung aus?

Kleeberg: Oberstes Ziel muß es bleiben, auch in Zukunft allen Kranken ohne finanzielle Überforderung medizinisch helfen zu können.
Durch eine Rückführung unseres Anspruchsdenkens und Rückbesinnung auf die Prinzipien der Eigenverantwortung und Subsidiarität muß daher bei der erforderlichen Neudefinition des Leistungskatalogs eine Vielzahl versicherungsfremder Aufgaben sowie sogenannter Bagatell-Leistungen als über das medizinisch notwendige Maß hinausgehend aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert und in die Eigenvorsorge zurückverlagert werden.
Durch diese Entlastung der Solidargemeinschaft erfolgt kein Leistungsabbau, sondern eine Konzentration finanzieller Ressourcen. Die dadurch freiwerdenden Finanzmittel sollen zur Absicherung der Risiken dienen, die die finanzielle Leistungskraft des einzelnen überfordern.
Es ist unredlich, wenn der Öffentlichkeit weiterhin der Eindruck zu vermitteln versucht wird, daß das Gesundheitswesen trotz der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts in Zukunft ohne weiteres finanzierbar bleibt, wenn sich nur die Ärzteschaft sparsamer verhielte.
Der Gesetzgeber und alle für unser Gesundheitswesen politisch Verantwortlichen müssen daher erkennen, daß die für unsere Gesundheitsversorgung mit ihrem hohen Leistungsstandard erforderlichen Ressourcen auf Dauer unter dem Dogma der Beitragssatzstabilität nicht mehr zur Verfügung stehen.
Politisch vorgegebene starre Budgets führen zu ökonomisch erzwungenem Abbau medizinisch notwendiger Leistungen und gefährden damit den medizinischen Fortschritt sowie die Sicherstellung einer hohen Qualität unseres Gesundheitswesens.



BP: Welche konkreten Chancen auf einen Arbeitsplatz sehen sie denn nun für die heutigen Medizinstudenten?

Kleeberg: Dies ist die zentrale Frage unseres Interviews.
Wie schon gesagt, gibt es zur Zeit im Bundesgebiet in einigen Regionen und unterschiedlichen Fachbereichen noch ausreichend freie Stellen. Allerdings kann der Student, der heute mit dem Studium der Medizin beginnt, nicht mehr erwarten, einen bestimmten Facharztabschluß erreichen und auf dem Gebiet dann praktizieren zu können. Wenn er aber die nötige Flexibilität mitbringt, auch bereit ist, sich außerhalb von Ballungszentren niederzulassen, braucht er nicht zu resignieren.
Auch gibt es innerhalb wie außerhalb Europas viele attraktive Aus- und Weiterbildungsstätten, die zur Zeit noch viel zu wenig genützt werden.

BP: Wer vertritt die deutsche Ärzteschaft gegenüber der Politik?

Kleeberg: Leider gibt es augenblicklich nicht "die" deutsche Ärzteschaft! Es gibt eine Vielfalt von Interessensverbänden, beruflicher, fachlicher und institutioneller Art. Alle diese versuchen, zunächst einmal ihr eigenes Scherflein ins Trockene zu bringen. Schon bei der Einführung des Gesundheitsreform-Gesetzes (GRG) 1989 und dann beim GSG 1993 hat sich die Ärzteschaft nicht solidarisiert, um ihre legitimen Anliegen gegenüber der Politik durchzusetzen.
Herr Minister Seehofer hat angekündigt, daß das GSG nur Teil 1 einer Serie weiterer "Reformgesetze" sei. Vielleicht gelingt es der KBV unter Leitung ihres neuen Vorsitzenden, Herrn Dr. Schorre, endlich zu einem ernst zu nehmenden Partner in der um die Reform des Gesundheitswesens bemühten Konzertierten Aktion zu werden. Noch ist es nicht zu spät, aber wir haben nicht mehr sehr viel Zeit, unsere Vorstellungen für eine Sicherstellung einer umfassenden und anspruchsvollen Krankenversorgung durch eine freiberufliche Ärzteschaft auf den Weg zu bringen.

BP: Herr Prof. Kleeberg, wir danken Ihnen für dieses Gespräch!

Michael Polte, Jens Schulze



Wie viele schwachsinnige Wiederholungsklausuren wollen Sie in Ihrem Leben noch korrigieren, bevor Sie einsehen, daß damit keinem geholfen ist. Wir jedenfalls werden Ihnen diese Schule des Lebens nicht danken, und die Nachwelt schon gar nicht!

F. B., S. W.

PRIMER CICLO

1.er Curso:

Física para la Medicina
Biología
Fisiología General
Bioestadística
Anatomía Humana 1.º

2.º Curso:

Fisiología Humana
Histología
Psicología Médica
Anatomía Humana 2.º

3.er Curso:

Patología General y Propedéutica
Anatomía Patológica
Faramacología
Microbiología y Parasitología

SEGUNDO CICLO

4.º Curso:

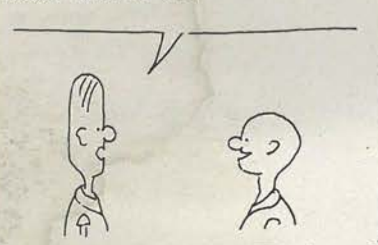
Patología y Clínica Médica 1.º
Patología y Clínica Quirúrgica 1º
Obstetricia y Ginecología
Oftalmología
Historia de la Medicina

5.º Curso:

Patología y Clínica Médica 2.º
Patología y Clínica Quirúrgica 2.º
Pediatría y Puericultura
Otorrinolaringología
Psiquiatría

6.º Curso:

Patología y Clínica Médica 3.º
Patología y Clínica Quirúrgica 3.º
Medicina Preventiva y Social
Medicina Legal
Dermatología
Radiología y Medicina Física









Eine Bafög-ähnliche Förderung existiert zwar, es besteht aber kein Anspruch darauf, nach dem Motto "solange der Vorrat reicht" meistens für wenige, nach Einkommenssituation der Eltern.

Studium bis zur Arzt-Lizenz: Das Medizinstudium dauert wie bei uns 6 Jahre und wird in zwei Blöcke, den ersten (1.-3. Jahr) und den zweiten (4.-6. Jahr) Zyklus geteilt. Der Studienplan wird von der Fakultät (mit staatlichen Rahmenbedingungen) erstellt und kann daher zwischen verschiedenen Unis variieren. In Salamanca müssen 29 "Asignaturas" innerhalb dieser 6 Jahre in einer festgelegten Reihenfolge durchlaufen werden, die aus der Abbildung ersichtlich ist.

Das Kernstück dieser Fächer stellt die tägliche 60-Minuten Vorlesung in Verbindung mit der Abschlußklausur am Jahresende dar. In den Vorlesungen herrscht zwar keine Anwesenheitspflicht, der Besuch ist aber trotzdem gut, da der Vorlesungsstoff für die Klausur entscheidend ist, was dazu führt, daß fast alle Äußerungen der Professoren wörtlich "mitstenografiert" werden. Diese Mitschriebe werden am Jahresende auswendiggelernt, was meistens zum Bestehen der Prüfung führt. Dadurch wird auch der Lehrbuchetat niedrig gehalten (Die meisten Studierenden kaufen sich keine).

Jedes Fach muß einmal bestanden werden, danach ist es "eliminiert". Hat Studierender alle 29 Fächer bestanden, bekommt man von der Universität die Lizenz als Arzt (mit aufgelisteten Noten für jedes Fach).

Klinische Praktika und Seminare im zweiten Zyklus sind rar und werden oftmals geschwänzt, um die Zeit zum Auswendiglernen in der Bibliothek zu nutzen. Famulaturen sowie ein praktisches Jahr sind nicht vorgesehen, und da sich die Hörsääle in einem eigenen Gebäude abseits der Klinik befinden, werden in den Vorlesungen prinzipiell keine Patienten vorgestellt.

Somit findet in Salamanca fast ausschließliche ein Faktenwissen-Studium im Hörsaal an der Tafel (selten Dias) ohne das Erlernen von praktischen Fähigkeiten statt. Diese werden auf die Facharztausbildung verschoben.

Die Abschlußprüfungen weisen in vielen Fächern (Innere Medizin, Chirurgie, u.a.) hohe Durchfallquoten von bis zu 50% auf, können jedoch bis zu 7 mal wiederholt (und bezahlt) werden.

Ich selbst besuchte in den Fächern Pädiatrie und Psychatrie die dazu stattfindenden Praktika, die qualitativ nicht schlechter als unsere waren, aber eine geringe Beteiligung aufwiesen (Die beiden sind inzwischen auch von Kiel anerkannt worden, was aber vor dem Auslandsstudium beantragt werden mußte).

Facharztausbildung: Nach Erhalt der Arztlizenz müssen sich alle, die eine Facharztweiterbildung anstreben (das sind inzwischen fast alle, da EG-weit ohne Facharzt kaum noch Arbeit zu finden ist), einer Zugangsprüfung unterziehen, die aus 250 MC-Fragen besteht und den Stoff des gesamten Medizinstudiums umfaßt.

Die Bestehenszahl wird im voraus anhand der freien Stellen vom Staat unabhängig von den Bewerbungszahlen festgelegt. 1991 bestanden 3.572 (die Besten...) der 20.000 Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Den Durchgefallenen bleibt nur die Wiederholung nach einem Jahr oder das Ausland.

So erklärt sich, daß nur 15% der Teilnehmer jedes Jahr dies zum ersten Mal tun.

Unter denjenigen, die diese Prüfung (MIR = Médicos Internos Residentes) bestanden haben, wird eine Rangliste anhand des Prüfungsergebnisses erstellt. Der Erste kann sich das Weiterbildungsfach aussuchen, danach der zweite usw., der letzte muß sich in dem Fach spezialisieren, das übrigbleibt (oder die Prüfung wiederholen...).

Die Weiterbildungszeit dauert zwischen 3 und 6 Jahren, und beginnt mit der Erlernung von Anamnese und körperlicher Untersuchung, die im Studium nicht durchgeführt wurden. Bei voller Arbeits- und Bereitschaftsdienstzeit wird ein Taschengeld vom Staat ausgezahlt.

Promotion: Eine Doktorarbeit kann erst nach Erhalt der Arztlizenz und dem Besuch eines zweijährigen Kurses (für den es wieder eine theoretischen Auswahlprüfung gibt) begonnen werden, und wird mit einem großen öffentlichen Diavortrag "verteidigt".

Alles in allem war ich nach wenigen Tagen meines Auslandsstudiums in Salamanca ziemlich schockiert über die Art der dortigen Ausbildung, die sich meiner Meinung nach ganz auf die MIR-Prüfung ausgerichtet hat, woraus auch von vielen Professoren in den Vorlesungen hingewiesen (und damit die Verantwortung für das zu theoretische Studium abgelehnt) wurde.

Was mir jedoch sehr gut gefallen hat ist das Ambiente sowie das Verhältnis zwischen Professoren und Studierenden. Es ist ohne weiteres üblich, als Studierender kurz mit den Professoren zu plaudern, wenn man



diese bei der rituellen Tinto-Pause in der gemeinsamen Cafeteria antrifft (oder zufällig nachts in einer Kneipe...). Es wird oft scharf getrennt zwischen alltäglichem Umgang miteinander und harten Prüfungen. Betonen möchte ich, daß es sich hier nur um die Studienbedingungen in Salamanca handelt, andere Unis in Spanien scheinen das Medizinstudium zum Teil sehr praxisnah durchzuführen (was angeblich die MIR-Ergebnisse dieser Studierenden verschlechtern soll!).
Ich kann ein Auslandsstudium jedenfalls sehr empfehlen, es erweitert den eigenen Horizont (und manchmal auch die Leber...), und ist in der Regel ja auch nicht fachlich so unbefriedigend wie es bei mir war.
Gerade für Studierende in Lübeck erscheint es mir wichtig, Universitäten kennenzulernen, die mehr Fächer anbieten als es hier der Fall ist. In Spanien sind Medizin- und Wirtschaftsstudierende übrigens diejenigen, die am wenigsten reisen und ins Ausland gehen. Dafür wohnen 70% der 29-jährigen Spanier und Spanierinnen noch bei den Eltern...
Für Spanieninteressierte, die nicht gleich dort studieren wollen, ist der Famulantenaustausch zwischen Sevilla/Barcelona und Lübeck zu erwähnen, oder vielleicht ein Teil des praktischen Jahres...

Christoph Ochsenfahrt

WENN IHR IMMER NOCH EINE SOLCHE VORSTELLUNG VON DER HOMÖOPATHIE HABT, WIRD ES HÖCHSTE ZEIT FÜR:

VORLESUNG

„Einführung in die

HOMÖOPATHIE"

WANN: DIENSTAGS, 14-tägig; Termine laut Aushang
JEWEILS 20.00 UHR
WO: MUL, HÖRSAAL 1/2 DES ZENTRALKLINIKUMS

IM 14-TÄGIGEN WECHSEL ZUR VORLESUNG ARBEITEN WIR IN EINER AG: TREFF ASTA-PAVILLON 24, Di. 20.00

HOMÖOPATHIX,
DER EHRWÜRDIGE DRUIDE DES DORFES, SCHNEIDET MISTELN UND BRAUT ZAUBERTRÄNKE. SEIN GRÖßTER ERFOLG IST EIN TRANK, DER ÜBERMENSCHLICHE HEILUNGSKRÄFTE VERLEIHT...



INFO BEI:
UTE JUNGERMANN, TEL. 0451/501749; MICHAELA PICHT, TEL. 0451/595021



Physikalischer Ileus

Wenn man an "Bauchpresse" und "Widerstand" denkt, bringt man sicherlich erst einmal Verdauungsstörungen, allenfalls Koliken damit in Verbindung. Aber was einem da in den letzten 10 Jahren an Physikalischen Widerständen zwischengeschaltet wurde, reicht so manchem eher zum Ileus (für die leitenden Kollegoide des physikalischen Instituts: Darmverschluß; Anmerk. der Red.); die traurigen Überreste verdaulichen Seins erzeugen bei vielen nur noch heiße Luft und eine Stinkwut. Diese konnte man sich anläßlich einer Feierstunde zum 10 jährigen Bestehen des physikalischen Instituts entladen sehen.



So einen vollen Hörsaal hätte sich Prof. Trautwein sicher auch bei seinen - unter uns gesagt - eher mittelmäßigen Vorlesungen gewünscht. Offensichtlich ahnungslos freute sich denn auch der das Kolleg begrüßende Dekan der Vorklinik, Prof. Müller, über das rege Interesse ("Anteilnahme" wäre wohl eher angebracht gewesen, *Anmerk. der Red.*) der Studenten. Ach, wie hatte man sich doch vorher auf gegenseitiges Schulterklopfen in ver*traut*em Kreise bei *Wein* und belegten Wurstschnittchen eingestellt. Wo die geladenen ("geladen" waren wir auch, *Anmerk. der Red.*) ausländischen Gäste über die internationale Bedeutung des physikalischen Instituts staunen durften, glaubte Dekan Müller eine gewisse Zwiespältigkeit unter den Studierenden feststellen zu können, ein frecher Zwischenruf eines vorlauten Studenten konstatierte dagegen eher Geschlossenheit. Doch worum ging es eigentlich bei dem Streit?

Im Grunde um nichts, oder sagen wir besser um fast nichts, bis auf die Tatsache, daß ein vorklinischer David von marginaler Relevanz in Lübeck zum Goliath mutiert ist (ein Beweis dafür, daß man die Wirkung von Radioaktivität nicht unterschätzen darf). Manchmal geht es einem einfach nicht in den Kopf, daß Fächer wie Anatomie, Biochemie und Physiologie sich mit der Rolle des kleinen Däumlings begnügen, während Prof. Trautwein sich in puncto Wiederholungsklausur stolz die sieben für einen Schein in seinen Gürtel kerben kann.

Und in den gleichen Kopf will es mir auch nicht, daß man als aufbegehrender Student von Herrn Trautweins höflicher Gesprächsbereitschaft unter eine Vakuumglocke gesetz wird, in der jeder Schrei des Protestes verstummt!



Auslandsstudium in Spanien

Nach dem Motto "Es müssen nicht immer England, USA oder Frankreich sein" und dadurch, daß ich eine Zeit lang in Südamerika gelebt hatte und so schon im Besitz von Spanischkenntnissen war, beschloß ich, mich für ein Studienjahr an der Universität Salamanca in Spanien zu bewerben:

Salamanca hatte ich ausgewählt, da ich dort schon einige Bekannte besaß und bei mehreren Besuchen die Kneipenszene sowie das beeindruckende Stadtbild zu schätzen gelernt hatte.
Salamanca ist eine Stadt mit etwa 165.000 Einwohnern und liegt ca. 200 Km nordwestlich von Madrid am Rio Tormes. Sie ist die älteste noch bestehende Universität Spaniens und wurde im Jahr 1215 nach Bologna, Oxford, Palencia und Paris gegründet. Heute sind etwa 28.000 Studierende immatrikuliert.
Die Medizinische Fakultät steht größenmäßig mit 1480 Studierenden an 8. Stelle.
Bei einem Aufenthalt in Salamanca im Sommer 1991 erfuhr ich im Dekanat der Medizinischen Fakultät, daß eine Direktbewerbung für das geplante Jahr möglich sei und auch Aussicht auf eine Zulassung habe. Zwischenzeitlich informierte ich mich über mögliche Zuschüsse vom DAAD, der jedoch ein Studium in Spanien grundsätzlich nicht fördert. Ein Erasmusprojekt zwischen Lübeck und Salamanca besteht leider auch nicht, so daß ich mich auf eigene Faust bewarb. Zwei Wochen nach meiner Bewerbung im Mai 1992 erhielt ich bereits den Studienplatz für das Studienjahr 1992/93 (Semester gibt es nicht). In dieser Zeit lernte ich den Ablauf des spanischen Medizinstudiums näher kennen und möchte ihn kurz vorstellen:
Bewerbung und Zulassung:



Spanische Bewerber und Bewerberinnen müssen zunächst die 11-jährige Gymnasialzeit besuchen und anschließend ein Jahr "Vorstudienzeit" absolvieren. Danach erhalten sie die Hochschulreife, müssen sich jedoch der Selectividad, einer fachbezogenen Hochschulzugangsprüfung, unterziehen (auch deutsche Studienanfänger müssen daran teilnehmen). Dafür gibt es eine Note, mit welcher sie sich bei einer der 23 Universitäten mit Medizinischen Fakultäten bewerben können. An allen findet jedoch ein (selectividad-) notenbezogener Numerus clausus statt.
Einschreibung: Das wichtigste an der Einschreibung ist die Bezahlung. Ein Studienjahr kostet für Medizin an einer staatlichen Uni im Schnitt 1.500 DM, bei durchgefallener oder nicht absolvierter Jahresabschlußprüfung gibt's Erhöhung. An einer der seit 1991 entstehenden Privatuniversitäten kostet das Jahr weit über 10.000 DM. Bei Rückmeldungen muß außerdem ein Bewertungsbogen über die Professoren (Frauen sind rar...) der im letzten Studienjahr belegten Fächer abgegeben werden.



Die Fachschaft Medizin stelllt sich vor:

Inmitten eines großen Stapels alter Klausuren, zwischen Regalen und Schrauben soll ein Artikel über die Fachschaft Medizin entstehen...

Wir sind sieben Medizin-Studis (3 Kliniker und 4 Vorkliniker), die sich vorgenommen haben, aus der Fachschaft Vorklinik die neue Fachschaft Medizin zu machen.

Dazu sind wir zunächst einmal in das AStA-Gebäude umgezogen, das heißt zum Klausuren und Protokolle (Physikum/Examina) Ausleihen, Kittel oder Stethoskope Kaufen, wendet Euch bitte an die Sekretärin (Mittwoch-Freitag, 10-13 Uhr).

Damit habt Ihr jetzt auch schon einen großen Teil unserer bisherigen Aufgaben kennengelernt. Darüber hinaus hoffen wir, daß uns jetzt mehr Zeit für studentische Belange, Studienreformpläne und Gesundheitspolitik (z.B. GSG) bleibt.

Im Übrigen braucht jeder mal einen Ansprechpartner, kollidierende Klausur- und Testattermine müssen schließlich nicht sein!

Und damit Worten auch gleich Taten folgen, haben wir folgenden Beschwerdebogen entwickelt:

Gerüchte gibt es immer wieder - wir wollen die Fakten hören

Jeder hat schon mal von irgendjemandem gehört, der sich unfair behandelt / geprüft / bewertet gefühlt hat (in Prüfungen, Praktika, Kursen, ...).
Damit dagegen etwas getan werden kann, reichen aber keine Gerüchte, sondern wir brauchen die genauen Fakten.

Deshalb unsere Bitte, füllt gegebenenfalls den Abschnitt unten möglichst vollständig aus. Ganz wichtig: Eure persönlichen Angaben werden absolut vertraulich behandelt und im Tresor eingeschlossen. Wer trotzdem anonym bleiben will, kann das natürlich tun, bedenkt aber, daß Ihr dadurch an Glaubwürdigkeit verliert.

----------------------- Abtrennen und im AStA abgeben-----------------------

Name/Semester/Telefon:

Dozent:

Anlaß/Veranstaltung:

Was ist passiert?:

Konsequenzen:



Und hier ist sie, die

Hit-Liste zum Herbst-Physikum 1993

Sie entstand durch Auswertung von Fragebögen, mit denen die Prüflinge ihre mündlichen Prüfer benoten sollten (Schulnoten von 1 bis 6), nebst der Möglichkeit einer ausführlichen Beurteilung, welche die Grundlage für unsere Kommentare darstellte. Darüber hinaus wollten wir für spätere Physikanten eine Fragen-Bibliothek anlegen, um wertvolle Tips für die Vorbereitung auf einen speziellen Prüfer zu geben.

Wichtige Faktoren für die Bewertung waren Fairness und Fähigkeit des Prüfers, auf die jeweilige (stressige) Situation einzugehen. Besonders gelungene, auflockernde Prüfungsmethoden, wie z. B. bei den Prüfungen von Herrn Hahn, wurden ebenso honoriert wie die Erwartung von Basiswissen, ohne auf Spitzfindigkeiten herumzureiten und die wichtige psychische Vorbereitung der Prüflinge durch ein beruhigendes, motivierendes Vorgespräch.

Generell ist noch anzumerken, daß die meisten frischgebackenen cand. meds. recht wohlwollend auf ihre Prüfung zurückblickten, wie aus den generell eher guten Durchschnittsnoten zu ersehen ist.

Doch nun endlich zur Sache:

Auf **Platz 1** lagen mit einem Schnitt von 1.3 (!) Herr **Kühnel** und Herr **Pohl**. Der Anatom mit der Fliege glänzte mit funktionellen klinischen Fragen und dem souveränen Heranführen des Prüflings an die anspruchsvollen Lösungen (man lernt fürs Leben: so ganz nebenbei wurde auch mal die eine oder andere OP-Technik erklärt!). Ihm und Herrn Pohl wird immer wieder bescheinigt, daß sie kompetent die Nervosität der Prüflinge abzubauen wußten. Auch der modisch flotte Physiologe strukturiert seine Prüfungen hervorragend, wobei er gekonnt die Ansprüche steigert und Querverbindungen herstellt. Und das alles natürlich in einer seinem Volksstamm eigenen Bierruhe.

Nur knapp unterlegen war mit einer 1.4 Herr **Hahn** auf **Platz 3**. In seiner ersten Physikumsprüfung war er wohl nervöser als die Studenten. Besonders positiv bewertet wurde er sicher nicht nur wegen seiner Gummibärchen, die er während der Prüfung verteilte, sondern auch wegen seines Satzes: "Ich möchte nicht herausfinden, was ihr nicht wißt, sondern was ihr wißt." Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Premiere!

Auf **Platz 4** spielen **Frau Fritsch** und **Herr Schünke** ein gemischtes Doppel.

Für unsere sportliche Rheinländerin erhielten wir leider nur zwei Rückmeldungen, so daß das Ergebnis zwar hervorragend, aber nicht ganz vergleichbar ist.

Herr Schünke ist der Aufsteiger der Saison. Im Frühjahrs-Ranking heimste er sich die Rote Laterne des letzten ein, doch mit dem ihm eigenen Talent wirbelte er die Vorjahres-Tabelle reichlich durcheinander. Er forderte nicht auswendig gelernte Tabellen oder Kleinigkeiten (O-Ton: "Wer Venen abfragt, weiß sonst nichts.") sondern Verständnis und jede Menge Klinik. Alles in allem ein objektiver, entspannter aber anspruchsvoller Prüfer, bei dem allerdings reine Frauengruppen nicht empfohlen wurden!?

Das Verfolgerfeld führen Frau **Schramm** und Herr **Schmilau** mit der Note 1.7 und **Platz 6** an. Nicht nur der von Haus aus psychologisch versierte Herr, sondern auch die Dame fiel durch eine äußerst ruhige und entspannte Atmosphäre besonders positiv auf. Viel mehr läßt sich auch hier aufgrund geringer Rückmeldung nicht sagen.

Daß Herr Schmielau neurophysiologisch interessiert ist und für die Vorbereitung die genauere Lektüre seines "grauen Familienalbums" empfiehlt, ist wohl kein Geheimnis mehr. Zu bermerken wäre vielmehr, daß er recht informative, beruhigende Vorgespräche führt.

Um einige Plätze und Noten ist Herr **Busch** in der Gunst der Studenten gestiegen und zwar mit einem Durchschnitt von 1.9 (vormals 4.1!) auf **Platz 8**. Es scheint jedoch, daß er sich nicht verkneifen kann, die StudentInnen während der Prüfung wissen zu lassen, daß er (vor allem in der Embryologie) mehr weiß als sie. Bei artigem Belehrenlassen zeigte er sich recht gutmütig und verzichtete auf spitzfindige Kleinigkeiten.

Für manche vielleicht überraschend weit hinten mit 2.0 auf **Platz 9** "Mister Empathie", Herr **von Engelhardt**. Die einzige Rückmeldung, die wir erhielten, war halt diese 2. Die durchaus positiven Erläuterungen dazu lassen jedoch auf eine nach wie vor nette Prüfungsatmosphäre schließen.



Durchaus kritikhaltiger war schon die Bewertung von Herrn **Weiss**. Ohne Vorbesprechung (die er strikt ablehnt!) fragte der Häuptling der Physiologen beharrlich konsequent bis zur Lösung des Problems (bis dahin stand einigen Prüflingen der Schweiß schon zentimeterhoch in den Schuhen) und brachte manch einen durch seine stets gutgemeinten Ratschläge und Unterbrechungen in Irrungen und Wirrungen (eine gewisse Souveränität von StudentInnenseite tut sich da besonders gut). Dennoch sind die Prüfungen von einer freundlichen und oftmals ungezwungenen, lustigen Art und mit einer 2.1 (**Platz 10**) ist man wohl kein schlechter Prüfer.

Schon deutlich abgeschlagen rangiert Herr **Schäfer** mit 2.5 **auf Platz 11**, wobei die beiden Rückmeldungen sich auch noch widersprachen: "unausgeglichen, zu schwer" contra "fair und ruhig". Wie soll man das denn kommentieren?

Herr **Müller** fiel einigen unangenehm durch Unflexibilität bezüglich der Formulierungen von Antworten auf. Er erwartete präzise knappe Antworten, die er gnadenlos unterbrach, wenn sie ihm zu weit ausgeholt erschienen. Von anderen wurde er als sehr locker und angenehm ruhig beschrieben. Mit einer Durchschnittsnote von 2.6 lief er auf **Rang 12**.

Keine Wünsche offen ließ die Notenpalette von Herrn **Mendoza**: von 1 bis 5 war alles dabei. So reichten denn auch die Kommentare von "locker, gerecht, führt zur Lösung ..." bis "unkooperativ, pingelig, selbstherrlich und unberechenbar". Nach recht gestrenger Vorbesprechung und der Ankündigung, man müsse mehr wissen als in den Testaten, hat er nicht immer angenehme Atmosphäre verbreitet. Mit einem blauen Auge davongekommen: 2.9 und **Platz 13**.

Nicht ganz so glücklich scheinen die Prüfungen von Herrn **John** in Psychologie abgelaufen zu sein, er landete mit 3.3 auf **Platz 14**. Entschärfend darf wohl gesagt werden, daß er mit keinerlei Unterricht betraut war und so schlecht einschätzen konnte, was die Prüflinge können und was nicht. Als Tip an ihn: präzise und klare Fragen und vor allem eine eindeutige Reaktion auf die Antwort erfreut das Herz jedes gestreßten Kandidaten.

Das Kellerkind diesmal, weit abgeschlagen auf **Platz 15**, Herr **Baçar**, der völlig unflexibel auf Schlagworte wartete, auf Kleinigkeiten bestand und sogar als "unverschämt" und "übellaunig" betitelt wurde. Das dies keine Einzeltäter waren, bezeugt die Durchschnittsnote von 4.0, die ihn seinen Prüfungsstil doch einmal überdenken lassen sollte.

Zum Schluß sei noch einmal darauf hingewiesen, daß die einzelnen Fragebögen (mit detaillierten Fragen und Antworten) in der Fachschaft eingesehen werden können. Es sei denen Dank gesagt, die teilgenommen haben ... Schande und Schmach über den trägen Rest!

(Karsten Langenberger und ein fleißiges Liesschen aus der Vorklinik)

P.S.: Es wäre sehr schön, wenn sich nach dem nächsten Physikum jemand dazu hinreißen ließe, diese Idee weiterzuführen, so sie sich als hilfreich erweisen sollte. Produzierten statt Konsumieren!

Da lacht die Frauenbewegung





Famulanten hungern!!

Viele von uns mußten in den Semesterferien feststellen, daß es während der Famulatur in der Uniklinik keine Essensmarken gibt.

Bauchpresse fragte nach:

Um es gleich vorwegzunehmen: Die Essensmarken sind Sparmaßnahmen zum Opfer gefallen. Bisher war es so, daß das Studentenwerk in Kiel Zuschüsse für Essensmarken für Famulanten aufbrachte. Diese sind nun ersatzlos gestrixchen worden. Die Verwaltung des Klinikums gab daraufhin keine Essensmarken aus. Damit könnte mabn den Vorgang als erledigt ansehen. trozdem bedarf es eines Kommentars.
Es erscheint grotesk, daß ein Klinikum dieser Größenordnung nicht in der Lage ist, wenigstens eine kleine Anerkennung für die erbrachte Arbeit während einer Famulatur zu leistenm. Kleinere krankenhäusder, die sivcherlich noch größere gelsdschwierigkeiten haben, leisten sich den Luxus, ihren Famulanten ein Mittagessen ohne gesonderte Rechnung anzubieten.
Ist es denn wirklich so, daß Famulanten so viel wegschlingen, daß der Haushaltsplan eines Chefkochs dies übersteugt? Müssen so viele Bestellungen und Mehrkosten aufgebracht werden, weil während der Semesterferien die Famulanten so viel (fr)essen? Warum sollen Studenten überhaupt in der Personalcafeteria essen, wenn doch nebenan die Mensa ist, und die wird ja auch noch bezuschußt vom Studentenwerk?
diese fragewbn können nicht ernsthaft beantwortet werden. Es soll irgendwo irgendwas gespart werden. Ob man allerdings die Lücken der Krankenhausfinanzierung mit Einsparungen von essensmarken füllen kann. bleibt mehr als fragwürdig. Hier wird versucht, bei der schwächsten Gruppe, die kaum Widewrstand leisten kann, auf dem Weg der Konfrontation



einzusparen.
Es ist sehr bedauerlich, sein Mittagessen in der Mensa einnehmen zu müssen. Es wäre schön, mit den Assistenzärzten gemeinsam essen gehen zu können. Ist es doch die Zeit, in der man Vieles miteinander austauschen kabnn und die Chance, ein Verhältnis zueinander aufzubauen, hat. Dies kann letztendlich für einen selbst, aber auch für die Stationsarbeit fruchtbar sein. Hat darüber eigentlich schon einmal einer in der Verwaltung nachgedacht? Man sollte nicht unterschätzen, daß das Mittagessen einen hohen Stellenwert hat. Ausbildender und Auszubildende können hier viele Probleme, fernab der Stationshektik, miteinander angehen.
Es wäre schön und wünschenswert, wenn die Verwaltung auch ohne Zuschüsse aus Kiel ihren Beschluß noch einmal überdenken könnte und zu einem besseren Ergebnis käme.

Sven Dubbert
Kleine Klosterkoppel 5-7
Lübeck
Tel. 595483



Des Rätsels Lösung und eine letzte Chance

(wenn sich kein Nachfolger für die Rätselredaktion findet)

Liebe Rätselfreunde!

Gibt es Euch eigentlich? Nachdem wir auf unser erstes Rätsel doch immerhin zwei Zuschriften erhalten hatten, war die Ausbeute diesmal verschwindend (obwohl ich beim Verkauf eine Kommilitonin getroffen habe, die schon die Hälfte herausbekommen hatte). Da nun immer wieder behauptet wird, der Grund für diese bedauerliche Entwicklung liege in dem unangemessenen Schwierigkeitsgrad der Rätsel, habe ich mich für diese Ausgabe kontrollierender Mitarbeit versichert. Außerdem schlägt die Redaktion vor, unter den Nichtteilnehmern eine besonders ätzende CD zu verlosen (Worst Mooves o. ä.). Wer jedoch die Nase voll hat von unseren kulturlastigen, geschwollenen und schlechten Rätseln, der könnte ja vielleicht für die nächste Ausgabe eine gelungene Alternative gestalten (weil ich dann nämlich mit dem großen Rätsel beschäftigt bin, das in den schwarzen Büchern veröffentlicht wird, und das noch weniger Spaß macht als die **Bauchpressen**-Rätsel.).
Obwohl es also möglicherweise niemanden interessiert, will ich dennoch unser letztes Rätsel auflösen:
Für den Mediziner ist "Eintrag in die Anwesenheitsliste" natürlich synonym mit "studieren", und studiert hat Hamlet in *Wittenberg* (**Hamlet**, Akt 1, Szene 1, Zeile 113).
Oblomow, Held des gleichnamigen Romans von Iwan Gontscharow, besitzt ein Gut *Oblomowka* irgendwo in der Provinz, in dem dringend nach dem Rechten gesehen werden müßte, das er aber nicht besucht, da er seine Bewegungen auf das Nötigste beschränkt, eine Haltung, die nur als verantwortungslose Oblomowerei bezeichnet werden kann.
Im "Du Theatre" in *Zürich* erschießt Kantonsrat Kohler den Professor Winter, und wenn man den Grund wirklich wissen will, muß man Dürrenmatts **Justiz** bis zum Schluß lesen.
Nur eine von vielen Katastrophen, mit denen Voltaire den gleichnamigen Helden seines Romans **Candide** wegen dessen Glaubens an Leibnitz Behauptung, die Existente sei die beste aller möglichen Welten, verspottet, ist das große Erdbeben in *Lissabon* 1755.
Der Ort, an dem sich Georg Büchners Dichter **Lenz** bei Oberlin die Gesundung seiner Seele erhofft, ist *Waldbach*.
Gleich zweimal Schauplatz der Literatur wurde *Seldwyla*, nämlich in **Die Leute von Seldwyla** von Gottfried Keller, und in Max Frischs **Biedermann und die Brandstifter.**
Hans Kastorp verbringt 7 Jahre im Internationalen Sanatorium Berghof in *Davos* wegen einer "Rauhigkeit, die fast schon ein Geräusch ist" (**Der Zauberberg** von Thomas Mann).
Virginia Woolfs **Orlando** wird in *Konstantinopel* nach langem Schlaf vom Held zur Heldin, ohne sich ansonsten zu verändern.
Aus dem Tisch fließt der Wein in Auerbachs Keller in *Leipzig* (**Faust I**).
Vielleicht nicht jedem bekannt ist Jürg Federspiels Roman **Die Ballade von der Typhoid Mary**, der das Leben einer jungen Frau beschreibt, die Anfang des Jahrhunderts von *Hamburg* in die USA auswandert und unter einigen wenigen Passagieren ihres Schiffes eine Typhusepidemie überlebt - leider als Dauerausscheiderin, eine Tatsache, die zu gewissen, die Gerechtigkeit befördernden Begegnungen führt.
Wir bleiben bei den Epidemien: "Ratte" sollte mit "Pest" assoziiert werden, und Albert Camus Roman **Die Pest** spielt in *Oran*.
Sein Ende nahen spürend fährt Don Fabrizio, Fürst Salina, **Der Leopard** Tomasi di Lampedusas, nach *Neapel*, um dort Professor Semmola zu konsultieren.
Ein schwer beschreibbares Gefühl ("diese die Augen blendende Evidenz"), das Sartre als **Der Ekel** bezeichnet, treibt seinen Helden Antione Roquentin aus dem Rendezvous des Cheminots in die Straßenbahn, wo es ihm übrigens auch nicht besser ergeht Der Roman spielt in *Bouville*.
Auf keiner Landkarte finden wird man Piloty, Hauptstadt der Prozegovina und Hildesheimers **Paradies der falschen Vögel**, bei denen es sich um Kulturschaffende handelt, die sich vor dem Hintergrund einer grotesken Balkanwelt tummeln.
Dashiell Hammetts Roman **Red Harvest** spielt in *Personville*.
In *San Remo* erschlägt Tom Ripley (**The talented Mr. Ripley** von Patricia Highsmith) Dickie Greenleaf und nimmt anschließend die so vakant gewordene Identität ein.
Der in der 9. Geschichte des 5. Tages im **Decameron** verspeiste Falke gilt als Paradebeispiel eines Dingsymbols, so daß Heyse von jeder guten Novelle einen Falken forderte. Das entscheidende Mahl findet statt in *Campi*.
Der Pätor Crassus Vampus residiert in *Aleria* (**Asterix in Korsika**).
Mit einem Kreis versehen waren dann CDDEEEGIIILNRSS, woraus man kombiniert *Diederich Hessling*, besser bekannt als **Der Untertan**.
Doch nun zu neuen Problemen aus dem Bereich des Eßbaren, oder besser aus dem Bereich des Geschmacklichen, da ich nicht raten würde, jeden der angesprochenen Gegenstände zu verschlucken.



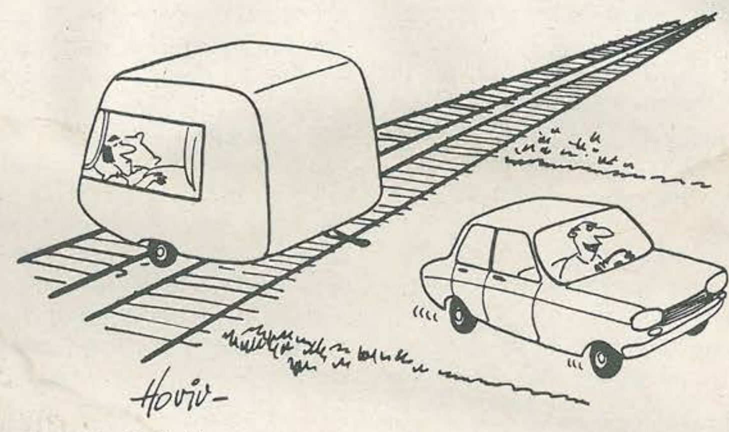
Damit nun das Interesse der verehrten Leserschaft steigt, haben wir die Anzahl der Überschneidungen dramatisch gesteigert, mehr wäre nur möglich gewesen durch noch rücksichtsloseren Einsatz des "Reim dich ..."-Prinzips. Schon jetzt habe ich gar keinen Bezug zu z. B. "Roulade", man denke nur an - oh, da habe ich wohl 'was verraten, na ja, also 10: Roulade. Ferner gibt es diesmal gleich vier Preise: **Schattauer** hat freundlicherweise **Naturheilverfahren** von Melchart und Wagner gespendet (immerhin im Wert von DM 50,-), der **Medizin - Verlag** ein **MEMORIX Chirurgie** (62,-) und der **Börm Bruckmeier Verlag** je eine **Lernkartei Pharmakologie** und **Urologie,** die wir unter den Einsendern richtiger Lösungen verlosen werden.

Nun also zu den Fragen:

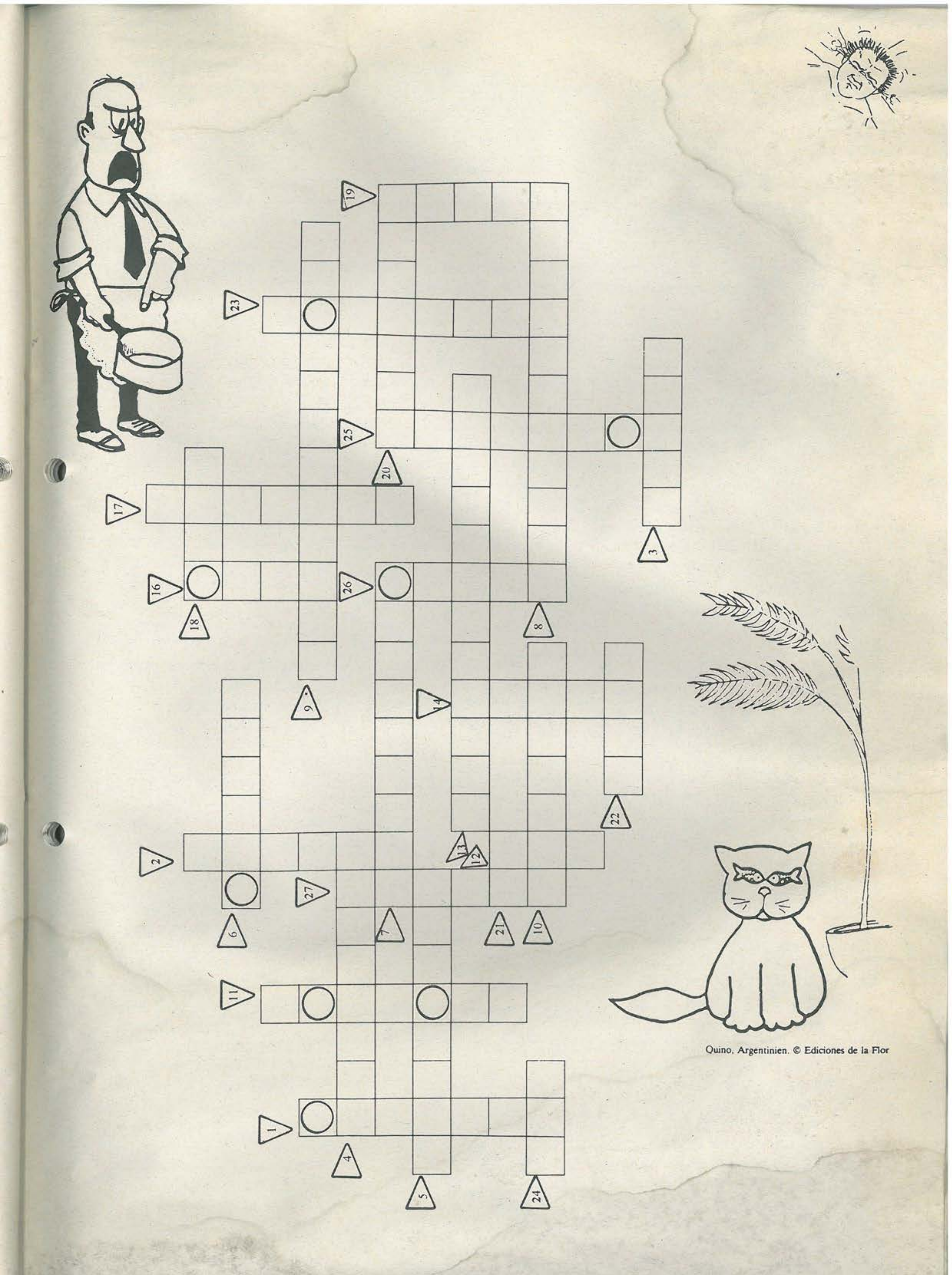
1. phallisches Gemüse
2. Weintraube im Zustand hypertoner Dehydratation
3. um den Bart geschmiert oft schwer zu ertragen
4. hat seine Metropole an den Ufern des Douro
5. Reformfrikadelle
6. gibts auch mit Erdbeergeschmack
7. rassistisch bezeichnete Süßspeise
8. ital. Knäuel aus 100% Hartweizengrieß
9. statt sich darauf auszuruhn, soll man's in die Suppe tun
10. siehe oben
11. frustbekämpfender Brotaufstrich
12. verhindert im Salz, daß man kriegt n'Hals
13. übertrieben martialisch bezeichnete Beere
14. französischer Äbbelwoi
15. von der Zensur gestrichen
16. dank EU inhaltlich arg bereichert
17. mikrobiologisch besonders bedenkliche Eissorte
18. nicht circensis
19. im Märchen auch durch die Matratze bewußt
20. schlechthin DIE Mischung
21. berüchtigter Salmonellenträger (Einzahl)
22. Plural von 21
23. Marsalawein+Puderzukker+Eigelb+kin. Energie
24. dunkler als ein Helles
25. das Original, für das nicht etwa Aprikosen- oder Pfirsichkerne verwendet werden
26. vielseitiger zu genießen als french, american, italian...
27. ostasiatische scharfe Wurzel

Aus den mit einem Kreis versehenen Buchstaben kombiniere man den Namen eines, nennen wir es einmal "Gerichtes" (schüttel), und werfe die Lösung in unseren Briefkasten in der Mensa. Einsendeschluß: 31.1.94.

Viel Vergnügen



René Hovivian, Frankreich



Quino, Argentinien. © Ediciones de la Flor



Von Afrika lernen

"Es gibt weniges, was wir heute nötiger haben als "Menschen für andere"; Menschen "für sich selbst" gibt es genug.
Michael Albus

...von solchen Menschen wird die Rede sein, wenn man versucht, über die Arbeit vom Komitee Cap Anamur / Deutsche Not-Ärzte e.V. zu berichten.

Alles begann damit, daß...
...der Redakteur des Deutschlandfunkes Rupert Neudeck im Februar 1979 anläßlich eines Interviews mit Jean Paul Sartre in Paris von einer Gruppe französischer Journalisten von der Aktion *Ile de Lumière*, einem Hilfsschiff zur Rettung vietnamesischer Flüchtlinge, die schiffbrüchig und zum Teil ohne Nahrung im südchinesischen Meer trieben, hörte. Neudeck versprach, auch in Deutschland Geld für diese Aktion zu sammeln. Im April des gleichnamigen Jahres gelang es ihm, Heinrich Böll für die Sache zu begeistern und nach einem gemeinsamen Interview in ARD und ZDF konnten 70.000 DM Spendengelder überwiesen werden. Im Juli führte dann eine Reportsendung, die Franz Alt ausschließlich dem Problem der vietnamesischen boat-people gewidmet hatte, zu einer riesigen Spendenwelle, bei der innerhalb von drei Tagen etwa 1.2 Millionen DM zusammenkamen.
Die Neudecks entschlossen sich, eine eigene Organisation zu gründen, und man charterte das Schiff Cap Anamur, das der Organisation auch seinen Namen gab. In den folgenden Jahren wurden noch zwei weitere Schiffe gechartert, und insgesamt konnten 9507 boat-people vor dem Ertrinken oder der Ermordung durch Seepiraten gerettet werden. Nach der Bergung konnten die so Geretteten nach Hamburg gebracht werden und wurden hier von einer großen Menge begeistert empfangen. Für jeden Flüchtling fanden sich spontan hilfsbereite Mitbürger, die bereit waren, eine vietnamesische Familie aufzunehmen und ihnen bei den ersten Schwierigkeiten in der neuen Umgebung zu helfen.
Inzwischen hat das Komitee seine Aktivität von See auf das Festland verlegt und ist in vielen Einsatzgebieten auf der ganzen Welt zu finden (siehe Fenster: Derzeit laufen folgende Projekte).

Eine Organisation, die keine ist...
Anläßlich eines Besuches der **Bauchpresse** bei Christel Neudeck, der zweiten großen Stütze und gutem Geist des Komitees, konnten wir uns ein Bild davon machen, wie einfach aber effizient diese Frau mit viel Charme und einem eisernen Willen die Fäden, die mittlerweile die gesamte Erde umspannen, in ihrem Wohnzimmer zusammenlaufen läßt. *"Ich war Hausfrau und Mutter und als solche am besten erreichbar; so lag es nahe, das Büro, das keines ist, in unserem Reihenhaus einzurichten".* (C.Neudeck)
Zum weiteren Kernkreis des Komitees gehören noch Dr. H.J. Rüber und eine Sekretärin, die das gesamte Spendenaufkommen von jährlich über 10 Millionen DM in die dafür vorgesehenen Bahnen lenken. Hierbei soll erwähnt werden, daß fast die gesamten Spendengelder für Sachleistungen ausgegeben werden, da Verwaltungskosten kaum entstehen. Die Mitarbeit im Kernkreis, dem weiterhin noch einige Ärzte, Krankenschwestern, Techniker und ein Pastor angehören, ist ehrenamtlich; die Mitarbeiter vor Ort, die in der Regel für ein halbes Jahr



im Einsatz sind, bekommen eine Art Aufwandsentschädigung, die größenordnungsmäßig weit unter dem fürstlichen Gehalt eines AIP`lers liegt.
Durch diese Art der Organisation schützt sich das Komitee zum Einen vor dem häufig zu beobachtenden Wasserkopf, der Unsummen an Spendengeldern verschluckt und gewährleistet zum Anderen eine gewisse Flexibilität, die bei einer solchen Arbeit unbedingte Voraussetzung ist: Jeder muß ran, jeder muß mitdenken, jeder ist ein überschaubares Teil vom Ganzen. die persönliche Verantwortung für den Einzelnen steht dabei stets im Mittelpunkt.

Verzicht auf Bequemlichkeit...
Die Hauptaufgabe für den Arzt vor Ort besteht sicherlich aus der primär medizinischen Versorgung von Erkrankten oder Verletzten. Hierzu gehören vor allem Kaiserschnitte, leichtere chirurgische Wundversorgungen bis hin zu Amputationen ganzer Extremitäten (häufig bei minenverletzen Kindern und Frauen), Behandlung von Durchfallerkrankiungen (meist als Folge von Infektionen aufgrund mangelnder Hygiene), Versorgung von Patienten mit jeglicher Form von Unterernährung sowie die Durchführung von Impfungen und Nachsorgeuntersuchungen. Hierbei muß sich der Arzt vor Ort mit einem für alle Einsätze standardisiertem Mindestmaß an apparativer Technik begnügen, was sicherlich so manchem laborparameterhörigen Sollwertmediziner einige Schwierigkeiten bereiten dürfte. Aber vielleicht ist es gerade die Einfachheit der Methoden, die auf die persönlichen Fähigkeiten des Arztes und seiner Mitarbeiter bezogene Medizin, die eine in unserer westlichen Welt allgemeine übliche Anonymisierung gar nicht erst aufkommen läßt sowie das selbständige, selbstverantwortliche Arbeiten, das immer wieder deutsche Mediziner dazu führt, ein halbes Jahr auf Sicherheit, Wohlstand und Bequemlichkeit zu verzichten und sich dem Komitee zu verpflichten.

<u>Derzeit laufende Projekte:</u>
- Vietnam: Krankenhaus und Ambulanzen in der Pro vinz Ninh-Binh
- Kolumbien: 17 Ambulanzen bei Minenarbeitern in Choco
- Nord-Irak: Hospital bei den Kurden in Choman
- Angola: Minenräumprojekt in Xangongo, Ambulanz in Oncocua
- Ehem. Jugoslawien: Schutzhäuser für Frauen und Kinder auf der Insel Pag, Eisenbahnwaggondörfer in Chaplijna und Vinkovci, Schutzhaus in Tuzla
- Eritrea: Krankenhaus in tessenie
- Albanien: Gesundheitsstationen
- Somalia: Hospital in Hargeisa
- Storkow/Brandenburg: Friedensdorf

Idealisten ohne Ideologie
"(...) Wir sind diejenigen, die das Politische gar nicht interessiert, die es nicht im geringsten interessiert, ob uns die ideologische Hautfarbe einer Regierung oder einer Befreiungsbewegung paßt oder nicht....zugleich geht diese Engagement aber mit dem höchsten politischen Bewußtsein einher. Wollen wir doch gleichzeitig dafür sorgen, daß die Probleme der Habenichtse und Schmuddelkinder dieser Welt bekannt gemacht werden. (Rupert Neudeck aus "Humane Radikalität: Komitee Cap Anamur, Deutsche Notärzte e. V.").
Dieser offensichtliche Widerspruch ist eine der Hauptstützen für das Funktionieren der Organisation. Die wichtigste Voraussetzung ist die Unabhängigkeit: Das Komitee finanziert sich allein aus Spenden, es erhält keine Zuwendungen von der BRD und unterhält keine weiteren Filialen im Ausland. So erklärt sich die Freiheit, dort zu agieren, wo Hilfe gebraucht wird, unabhängig von der augenblicklichen politischen Weltmeinung oder der Außenpolitik der BRD. Das Komitee sucht sich gerade dort seine Tätigkeitsfelder, wo andere Hilfsorganisationen nicht flexibel genug sind, da sie evtl. weisungsgebunden sind, die auswärtigen Interessen Deutschlands berücksichtigen müssen (oder wollen) oder die Regierung des Staates, in dem der Einsatz stattfinden soll, der Hilfstätigkeit kritisch gegenüber steht.
Dieser unpolitische, rein humanitäre Einsatz kann sich jedoch den Gepflogenheiten der Politik nicht ganz entziehen. Ständig ist Rücksprache mit politischen Instanzen sowohl in der BRD als auch in den Einsatzländern, in denen die Komiteemitglieder nur "geduldet" werden, nötig.
Ein Beispiel:
Bei dem Einsatz, der zur Gründung und Namengebung des Komitees führte, der Rettung tausender bedrohter vietnamesischer boat-people aus dem südchinesischen Meer durch das gemietete Schiff Cap Anamur, ging es u.a. um eine obskure Flaggenfrage: Die BRD hatte die Zusage gegeben, Bootsflüchtlinge aufzunehmen, die von unter deutscher Flagge stehenden Schiffen aufgenommen wurden. Die meisten Reedereien



lassen ihre Schiffe nämlich unter Billigflagge fahren, so daß die BRD relativ sicher sein konnte, ihr Versprechen nicht einlösen zu müssen. Da die Nachbarstaaten Vietnams mehr als unwillig waren, weitere boat-people aufzunehmen (Malaysia ließ angestrandete Flüchtlinge mit Waffengewalt wieder zurück ins Meer werfen), mußte die Organisation sich Gedanken über den Verbleib der Flüchtlinge machen. Man nahm also kurzerhand und trotz des massiven Protestes des Reeders selbständig einen Flaggenwechsel vor, um so über einen lächerlichen Umweg doch noch zum Ziel zu gelangen.

"Ich kam von einer Freundin, die nun gewiß bereits schlief... Auf der Brücke erblickte ich eine Gestalt, die sich über das Geländer neigte und den Fluß zu beobachten schien. Beim Näherkommen gewahrte ich, daß es eine schlanke, schwarzgekleidete Frau war. Zwischen dem dunklen Haar und dem Mantelkragen war ein frischer, regennasser Nacken sichtbar, der mich nicht gleichgültig ließ... Ich hatte schon etwa 50 Meter zurückgelegt, als ich das Aufklatschen eines Körpers auf dem Wasser hörte... Ich blieb jäh stehen, wandte mich jedoch nicht um. Beinahe gleichzeitig vernahm ich einen mehrfach wiederholten Schrei, der flußabwärts trieb und dann plötzlich verstummte. In der unvermittelt erstarrten Nacht erschien mir die zurückgekehrte Stille endlos. Ich glaube, daß mir vor Kälte und Fassungslosigkeit zitterte. Ich sagte mir, daß Eile nottat und fühlte, wie eine unwiderstehliche Schwäche meinen Körper überfiel. Ich habe vergessen, was ich in jenem Augenblick dachte. "Zu spät, zu weit weg..." oder etwas Derartiges. Regungslos lauschte ich immer noch. Dann entfernte ich mich zögernden Schrittes im Regen. Ich benachrichtigte niemand..."

Albert Camus: Der Fall

Probleme ganz anderer Art...

...hat das Komitee Cap Anamur in den letzten Monaten mit den beiden Wochenblättern *Spiegel* und *Focus* (bei denen man nie so genau weiß, wer vom anderen abschreibt). Treu nach dem Motto lieber schlecht recherchiert als gar keine persönliche Note wurde da über menschenunwürdige Verhältnisse in den Cap-Anamur-Schutzhäusern auf der ehemaligen jugoslawischen Mittelmeerinsel Pag berichtet. Darauf angesprochen antwortet Christel Neudeck der **Bauchpresse** mit der Zusendung der Kopie eines Briefes, den Durak Azemina, eine Schutzhausbewohnerin aus Pag, an den *Focus* geschrieben hat. Das Magazin hatte in einer seiner Ausgaben behauptet, von ihr Angaben über die unwürdige Behandlung einiger Lagerinsassinnen erhalten zu haben. Durak Azemina hierzu: *"(...) Und ich weiß ganz genau, daß ich keine Auskunft über Lager oder Lagerinsassen gegeben habe, die es gar nicht gibt. Dieses ist unser zweites Zuhause, da wir hier frei sind, uns frei bewegen, leben und arbeiten können mit allen Menschenrechten."* Leider wurde dieser Brief vom *Focus* nicht veröffentlicht. Ich persönlich kann mich in diesem Zusammenhang nur dem Urteil Gunter Hofmanns anschließen, der in seinem Artikel "Ganz scharf auf eine Story" in der *Zeit* vom 15.10.93 schrieb: *"Die einen schreiben nur, oft ohne nachzudenken. Die anderen helfen wirklich, manchmal gelingt es nicht."*

In Zukunft ohne die Neudecks...

Aus privaten Gründen, die ausdrücklich nichts mit den gegen das Komitee erhobenen Vorwürfen zu tun haben, haben Rupert und Christel Neudeck sich im Sommer dieses Jahres entschlossen, sich aus der direkten Führungsriege der Organisation zurückzuziehen. Nach 15 Jahren sei es ein notwendiger Schritt, die Verantwortung MitarbeiterInnen zu übertragen, denen sie zutrauten, diese Arbeit gut zu tun. Die Aufgabe Christel Neudecks wird eine Lehrerin übernehmen, die bis jetzt im Jugendgefängnis Siegburg gearbeitet hat und die seit acht Jahren mit dem Komitee in Verbindung steht. Rupert Neudecks Rolle werden zwei Mitarbeiter übernehmen, die von Technik und Medizin mehr Ahnung haben.

Doch lassen wir zum Schluß noch einmal Christel Neudeck zu Wort kommen, der auf diesem Wege herzlich für den sehr beeindruckenden Nachmittag in Troisdorf danken wollen:

"Ich möchte alle ermutigen, sich zu engagieren, wenn sich eine Möglichkeit dazu bietet Wenn man die Augen aufmacht, gibt es viele Dinge, die den Blick erweitern und viel Zufriedenheit bringen, wenn man sich voll auf sie einläßt. Eines können wir bestimmt von Afrika lernen: fröhlicher und aufgeschlossener miteinander zu kommunizieren."

M.Karenfort, K.Langenberger, T.Eckhorst, F.Bösebeck



DAS GHANA VILLAGE PROJECT 2

Ein studentisches Projekt zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung in Odupong - Ofaakor

Odupong-Ofaakor ist ein kleines Dorf in der Awutu-Region in Zentralghana. Auf Anfrage der Dorfbevölkerung führten ghanaische Medizinstudenten in Zusammenarbeit mit Landwirtschaftsstudenten und Pharmaziestudenten eine Studie über die gesundheitliche Situation der Dorfbevölkerung durch. Anhand dieser erarbeiteten die Studenten zusammen mit den Einheimischen einen Vorschlag zur Verbesserung der Gesundheitssituation im Dorf.
Über die jeweiligen internationalen Studentenorganisationen wird das für zwei Jahre geplante Projekt fächerübergreifend koordiniert. Hier werden Studenten ausgewählt, die in dreimonatiger Rotation an den konkreten Projektzielen arbeiten.
Das Konzept 1986 wurde das "Village Concept" (VC) von Studenten des Intersectoral Meeting for International Students Organisations (IMISO) in Zusammenarbeit mit der World Health Organisation (WHO) erarbeitet. Dieses strukturiert studentische Entwicklungshilfeprojekte im Rahmen des WHO-Programmes "Gesundheit für alle im Jahr 2000".
Das "Village Concept" sieht vor, daß Studenten verschiedener Fachrichtungen in einem Dorf zusammen mit den Einheimischen an der Verbesserung der primären Gesundheitsversorgung arbeiten.
Für die Studenten ist dies eine Chance praktische Erfahrungen zu sammeln in den Bereichen Entwicklungshilfe und Teamwork, für die Dorfbevölkerung ergibt sich die Möglichkeit, die eigenen Lebensumstände zu verbessern. Die Projekte sind wie folgt strukturiert:
StundentInnen aus dem jeweiligen Land (z.B. Ghana) erarbeiten einen Projektvorschlag und suchen für diesen ein Unterstützerland (z.B. Deutschland).

Kleinanzeigen

Leider ist uns diesmal nur eine einzige Kleinanzeige in die Hände gekommen, und zwar von Monika (mit Panik auf dem Gaul...), Tel. 7063794. Sie **sucht** eine **Reitkappe, Gr.55** und **Reitstiefel, Gr. 36/37.** Angebote (oder Tips gegen die Panik...) - bitte bei Monika direkt oder in der Redaktion (wir geben`s weiter) melden!
Wer ebenfalls Dinge sucht oder abgeben/verkaufen möchte, kann dies weiter über uns tun. Einfach anhängenden Zettel ausfüllen und bis zum 15.05.94 in unseren nagelneuen (!) Briefkasten in der Mensa werfen.

Kleinanzeigenauftrag

Text bitte unten in großen Blockbuchstaben eintragen.

Name ____________________

Adresse ____________________

Tel.Nr. ____________________



Kriterien für die Annahme von Projekten:
- mehr als eine Fachrichtung (Medizin, Landwirtschaft, Bildung,...) muß involviert sein
- eine bestimmte Geldsumme fürs Projekt muß vom Gastgeberland finanziert werden
- mindestens ein Supervisor muß das Projekt überwachen
- das Projekt muß von der Regierung des Gastgeberlandes akzeptiert sei
- die lokale und die internationale Koordinationsgruppe arbeiten mit der Dorfbevölkerung das Projekt aus.

Die lokale Koordinationsgruppe:
- stellt den Kontakt zur Dorfbevölkerung her
- ist für die gesamte lokale Organisation (wie z.B. Unterkunft, Transport, Material) verantwortlich
- kontaktiert nationale Organisationen zur Zusammenarbeit .

Die internationale Koordinationsgruppe:
- koordiniert das Projekt auf internationalem und fächerübergreifendem Gebiet
- informiert und wählt TeilnehmerInnen aus
- sucht Sponsoren
- stellt den Kontakt zu internationalen Organisationen her.

Das Projekt

Das Dorf Odupong-Ofaakor liegt in der Awutu-Region in Zentralghana. Auf den Wunsch der Dorfbevölkerung haben ghanaische Studenten eine Untersuchung über die Lebensumstände im Dorf gemacht. Dabei befragten sie 184 Haushalte, in denen durchschnittlich 8 Personen leben.



Die meisten Bewohner sind Farmer und produzieren überwiegend Nahrungsmittel. 31% der Bevölkerung im Dorf können lesen. Desweiteren wurden von den ghanaischen Medizinstudenten in der Hauptsache die hygienischen Verhältnisse und die Gesundheitssituation der Bevölkerung untersucht.

Die Befragung der Dorfbevölkerung: Die Wasserquellen sind für 18% der Dorfbewohner die 4 km entfernte Wasserleitung, für 64% eine Quelle, für 12% ein Bach und 6% sammeln Regenwasser. 45% der Leute müssen mehr als 200 m zurücklegen, um ihr Wasser zu holen. Es gibt öffentliche Latrinen im Dorf, die von 84% der Menschen benutzt werden. Etwa 2% verrichten ihre "Geschäfte" im Busch und 14% haben eine eigene Toilette im Haus.

Die Hälfte der Haushalte haben Bäder im Haus, die andere Hälfte gibt nicht an, wo sie sich wäscht.

Für die Abfallaufbewahrung nutzen 27% der Haushalte abgedeckte Gefässe für ihren Müll, 73% lassen den Abfall unbedeckt

Die Entsorgung erfolgt in 67% durch Verbrennen, in 2% durch Vergraben und in 30% durch Wegwerfen.

In den befragten Haushalten treten folgende Krankheiten am häufigsten auf: Diarrhoe, Cholera, Malaria, Masern, Bilharziose und Kwashiorkor. Im letzten Jahr hatten 92% der Befragten eine der oben aufgezählten Erkrankungen, davon 22% Diarrhoe, 10% Cholera, 40% Malaria, 23% Masern und 5% Bilharziose. Außerdem tritt der Medinawurm sehr häufig auf. 45% der befragten Haushalte hatten schon einmal mit dieser Erkrankung zu tun, davon waren in 34% mehr als 4 Familienmitglieder betroffen. 34% der Kinder sind gegen Tuberkulose geimpft, 30% sind mit DPT gegen Diphterie, Keuchhusten und Tetanus und 21% sind gegen



Masern immunisiert. Bezüglich der Familienplanung geben alle Erwachsenen an, von ihr gehört zu haben. 35% benutzen empfängnisverhütende Methoden.

Die Projektziele

Die ghanaischen Medizinstudenten haben nach dieser Befragung zusammen mit Vertretern der Dorfbevölkerung konkrete Projektziele für die zweijährige Arbeit erarbeitet. Nach diesen soll die Immunisierungsrate auf 90% angehoben werden. Im Hygienebereich ist geplant, kulturell akzeptierte, hygienische und finanziell tragbare Methoden der Hausmüllentsorgung zu entwickeln. Außerdem sollen in Zusammenarbeit mit der Dorfbevölkerung zwei KVIP's (Kumasi Ventilated Improved Pit Latrine) als öffentliche Toiletten gebaut werden. Die Wasserversorgung soll durch den Bau eines Anschlusses an die vier Kilometer entfernte Wasserleitung verbessert und vor allem sauberer werden.

Dabei soll die Hauptbauarbeit von der Dorfbevölkerung geleistet werden, während die Studenten die Finanzierung und die Materialbeschaffung übernehmen.

Die Dorfbewohner lehnten den Bau eines Brunnens ab, da das Tiefenwasser in der Region nicht gut schmecken würde. Mit Hilfe von sauberer Trinkwasserversorgung sollen die Durchfallerkrankungen und das häufige Auftreten des Medinawurmes vermindert werden.

Die Familienplanung ziehlt auf die Schaffung eines Bewußtseins für Möglichkeiten der Empfängnisverhütung bei mindestens 70% der erwachsenen Bevölkerung ab. Außerdem soll Aufklärungsarbeit im bezug auf AIDS geleistet werden.

Die Einrichtung eines Gesundheitspostens soll die Versorgung von Kranken im Dorf verbessern und zur Geburtsvorbereitung für schwangere Frauen dienen. Bildungsarbeit im Gesundheitsbereich ist in Schulen und bei öffentlichen Veranstaltungen geplant. In dessen Rahmen soll mit den Dorfgesundheitsarbeitern ("Barfußärzte") und mit den Geburtshelferinnen zusammengearbeitet werden. Wenn möglich soll auch ein Kontakt zu den traditionellen Heilern aufgebaut werden. Stand der Dinge (12 '93) Zur Zeit werden fächerübergreifende Strukturen auf internationaler Ebene aufgebaut. Involviert sind bisher neben den Medizinstudenten studentische Vertreter der Fachrichtungen Pharmazie, Agrarwissenschaften und Ethnologie. Außerdem sind wir auf Sponsorensuche und dabei, Informationen über das Projekt für interessierte Studenten zusammenzustellen.

Im Februar und März 1994 wird eine Delegation der internationalen Koordinierungsgruppe nach Ghana fahren und dort zusammen mit den Studenten der lokalen Koordinierungsgruppe und der Dorfbevölkerung das Projekt so weit ausarbeiten, daß für jede Rotation spezifische Ziele erstellt werden. Anhand dieser können sich dann die Teilnehmer gezielt auf ihre Aufgaben vorbereiten.

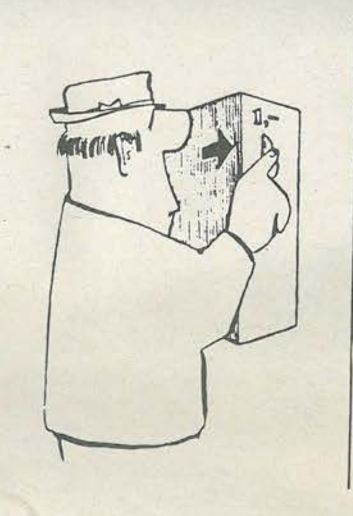
Die erste Rotation könnte nach jetztigem Stand der Planung im Herbst 1994 stattfinden.

Was hat das alles mit Lübeck zu tun?

Die internationale Koordination wird zum großen Teil hier im ASTA Auslandsreferat geleistet. Wir informieren, wählen aus und betreuen TeilnehmerInnen am Projekt, wir stehen in ständigem Kontakt mit den ghanaischen Studierenden und suchen Sponsoren.

Fragt nach und arbeitet mit!

Oliver Hoffmann





Alfred J. Smolinski, Schweiz

109



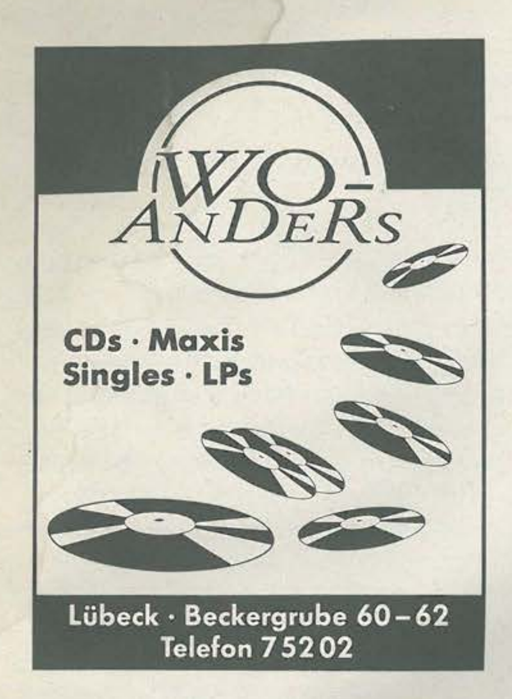
Elective periods

Ein Vergleich der praktischen Ausbildung von Medizinstudierenden in Deutschland und England

Praktikum in England

Praktika im europäischen Ausland gewinnen unter Studierenden wachsende Beliebtheit. War es früher doch sehr aufwendig, einen Praktikumsplatz zu bekommen, so ist dieses dank der Europäischen Gemeinschaft und der gegenseitigen Anerkennung der entsprechenden Studiengänge heutzutage keine Hürde mehr. Da auch die Studienabschlüsse gegenseitig anerkannt werden, ist ein Praktikum eine gute Möglichkeit, einmal auszuprobieren, ob man oder Frau in der Lage sind, im betreffenden Ausland zu arbeiten.
Für viele Medizinstudierende ist es mittlerweile schon fast eine Gewohnheit geworden, zumindest eine Famulatur, wenn nicht sogar einen Teil des PJ im Ausland zu absolvieren.
Besonderer Beliebtheit unter den europäischen Ländern erfreut sich hierbei England, von dem allgemein bekannt ist, daß dort sehr praxisorientiert ausgebildet wird. Das hat auch mich dazu angeregt, dort einen Monat meiner Famulaturen im Department of Accident and Emergency eines 600 Betten-Krankenhauses in der Nähe von Manchester zu absolvieren.
Ich war sehr angetan von der Qualität der dortigen Ausbildung, war man doch wirklich daran interessiert, mir vieles zu zeigen und vor allem mich eine Menge praktischer Fähigkeiten erlernen zu lassen.
Man muß dazu erläutern, daß in England zumeist nur Arbeitsverträge von 6 monatiger Dauer abgeschlossen werden. Das Interesse der Oberärzte, hier Consultants genannt (die als einzige Dauerverträge haben), ist es also, ihren Assistenten innerhalb kürzester Zeit alles Nötige beizubringen, damit diese dann so viel wie möglich von der anfallenden Arbeit erledigen können. Dadurch bedingt werden einem sehr schnell eine Menge Fähigkeiten und Wissen vermittelt, die man anschließend in der Praxis erproben kann.
Vergleicht man das mit der bei uns gängigen Praxis,





Assistenten nur dann etwas erlernen zu lassen, wenn sie sich ausreichend "heraufgedient" haben, so erkennt man schnell den wichtigen Unterschied im Lehrsystem. Dieser wirkt sich auch auf die Studierenden aus, denen man ebenfalls so viel wie möglich in der zur Verfügung stehenden Zeit beizubringen versucht.

Gekoppelt mit einer Menge positiver Verstärker, wie gut man die Materie angeblich schon beherrscht (auch wenn man selber weiß, daß das gar nicht stimmt), trägt es dazu bei, daß die Studierenden hierzulande in der Regel motivierter als bei uns sind. Hier greift noch das alte Bild vom Lehrer und seinem Schüler, zumal meistens eins zu eins ausgebildet wird. Hat der anleitende Arzt das Gefühl, man habe eine gewisse Tätigkeit ausreichend trainiert, so darf man auch als Studierender diese dann in Zukunft alleine ausführen. Dabei ist es durchaus keine Schande, wenn man sich des öfteren Hilfe holen und zugeben muß, noch nicht ganz sattelfest zu sein. In aller Ruhe wird einem dann alles noch einmal gezeigt.

Ehrgeiz der Ausbildenden ist es, hierfür auch immer die notwendige Zeit zu haben. Den Vergleich zu dem bei uns praktizierten Unterricht erspare ich mir an dieser Stelle, ich denke, den habt ihr alle täglich vor Augen. Diese sehr praktisch orientierte Ausbildung hat mich dazu angeregt, zwei Trimester meines Praktischen Jahres in England zu absolvieren.

Eine Praktikumsstelle in dem vorherigen Krankenhaus zu bekommen war kein Problem, da sich mein früherer Consultant für mich eingesetzt hatte. In England ist es leider völlig unüblich, Zeugnisse bei einer Bewerbung mitzuschicken. Vielmehr gibt man normalerweise zwei Referenzadressen an, die vom eventuell zukünftigen Arbeitgeber dann angeschrieben werden. Man kann dabei viel Zeit sparen, wenn diese Referenzadressaten vorher Bescheid wissen, was sie erwartet, und dann gleich auf englisch antworten. Das Interesse der Lehrenden am Weiterkommen ihrer Schüler ist hier bei weitem größer als bei uns. So gehört ein Brief an den Dekan der Heimatuniversität, betreffend des Lehrinhaltes und der Fortschritte des Studenten zum üblichen Procedere. Studierende, die in einem abseits der Universitätsstadt gelegenen Lehrkrankenhaus unterrichtet werden, werden in regelmäßigen Abständen von ihrem Dean besucht, damit sie Kritik am Lehrkrankenhaus üben können und damit dieser sich von den Lehrenden über die Fortschritte der einzelnen Studierenden berichten lassen kann. Ein weiteres Mal erspare ich mir den

---

Crewe, den 22. 07. 1993

Hallo Oliver,

es geht doch nichts über gute Informanten. Selbst hier in England gibt es jetzt schon die **Bauchpresse**, und sie wird von der hiesigen Lübecker Kolonie mit grossem Gefallen gelesen. Ich bin wirklich begeistert über die Fortschritte, die Ihr seit dem letzten Heft gemacht habt, zumal ich ganz gut weiß, wieviel Arbeit in einer solchen Zeitschrift steckt.
Weiter so.
[...]
In etwas abgewandelter Form wird dieser Artikel im Dezember-Heft des pen, Stipendiatenzeitschrift der Friedrich-Naumann-Stiftung erscheinen. Sollte ihr noch Fragen oder Wünsche haben, schriebt mir einfach an obenstehende Adresse.
Euch allen die besten Wünsche von hier, weiter so und einen langen Atem.

Ingo Meßer



Vergleich mit der Ausbildung bei uns.
Zurückblickend auf die ersten Monate meines Praktischen Jahres hier in England kann ich nur feststellen, daß sich meine Erwartungen an eine praktische Ausbildung mehr als erfüllen. Unterricht findet am Patienten orientiert und in einer Art Frage- und Antwort-Spiel statt. Wissenslücken sind dabei keine Blamage, sondern werden geduldig gefüllt. Zusätzlich wird auf Wünsche bezüglich der Lehrinhalte gerne eingegangen. Es war zum Beispiel kein Problem, für ein paar Tage in einer Praxis zu arbeiten, oder die von anderen Abteilungen des Hauses regelmäßig angebotenen Fortbildungsveranstaltungen während der Arbeitszeit besuchen zu dürfen. Alles in allem eine excellente Vorbereitung auf unser deutsches 3. Staatsexamen.

Studienreformbemühungen

Bedenkt man, mit welchem Aufwand bei uns alle 4-5 Jahre eine Änderung der Approbationsordnung für Ärzte durchgeführt wird und daß die Schwerpunkte eher in der Schaffung von mehr Kursen, mehr Testaten und mehr Lerninhalten denn in didaktischen Überlegungen liegen, so stellt sich die Frage, warum die Verantwortlichen bei uns sich nicht einfach einmal vom englischen System inspirieren lassen. Daß diese Art der Ausbildung eher dem entspricht, was auch deutsche Studierende wünschen, zeigt sich, wenn man die steigende Zahl derjenigen betrachtet, die für Praktika ins Ausland gehen.
Das führt mittlerweile dazu, daß sich vor wenigen Wochen in Liverpool eine Anzahl von Consultants darüber geeinigt hat, die Zahl der deutschen Praktikanten in Zukunft zu limitieren. Nicht etwa, weil sie unzufrieden mit diesen wären. Vielmehr will man den deutschen medizinischen Fakultäten ein deutliches Zeichen setzten, daß man nicht länger bereit ist, ein schlechtes Ausbildungssystem zu unterstützen, indem man den Verantwortlichen den Druck nimmt, es zu reformieren.
Sollte diese Übereinkunft wirklich durchgesetzt werden, so ist es zwar einerseits erfreulich, daß man sich in England Gedanken über unsere Ausbildung macht, andererseits aber auch eine erschreckende Perspektive, wenn man weiß, wie lange es - vorausgesetzt, jemand hat daran überhaupt ein Interesse - dauern wird, bis sich bei uns vielleicht etwas zum Positiven ändern könnte.
Statt immer wieder über eine Verkürzung der Studienzeiten nachzudenken, um deutsche Studierende innerhalb der EG wettbewerbsfähig zu machen, sollte man vielleicht endlich einmal eine völlige Überarbeitung der bestehenden Ausbildungsrichtlinien und eine wirkliche praktische Orientierung dieses Studiums erwägen. Wenn dieses nicht bald geschieht, so haben wir zwar mit der EG de iure die Möglichkeit, in jedem europäischen Land zu arbeiten, de facto aber durch den Imageverlust, dem unser Berufsabschluß mittlerweile unterliegt, hierzu keine Chance mehr.
In Berlin gibt es eine Arbeitsgruppe, die sich seit einigen Jahren mit einer Reform des Studienganges Humanmedizin beschäftigt. Der Schwerpunkt liegt hierbei eindeutig in einer Umorientierung des Studiums hin zur praktischen Ausbildung. Aus dieser Arbeitsgruppe sind viele gute Anregungen entstanden, die teilweise dort auch schon in die Tat umgesetzt werden. Vielleicht schafft das dortige Modell es ja, die Verantwortlichen Politiker zum Umdenken und zum zügigen Handeln zu bewegen.
Nähere Informationen über das Berliner Modell gibt es über die Fachschaften Medizin, denen die Arbeitspapiere in der jeweils aktuellsten Form vorliegen.

Ingo Meßer



Die letzte Seite - Impressum



Herausgeber: Die Redaktionsgruppe:
Frank Bösebeck
Ulrike Butzmann
Thomas Kempmann
Monika Kuschel
Oliver Müßig
Michael Polte
Peter Trillenberg
Susanne Wiechulla

Als glücklicherweise durch Chaos nicht abschreckbare Neuredakteure freuen wir uns über:
Christian Brinckmann
Dominik Bruker
Patrick Linsel - Nitschke
Heiko Schlieker

Chefphotograph:
Hendrik Schulz (oder mit "tz"?)

Die Comics stammen aus den begnadeten Händen von:
Tanja Lange
Michael Emken

Die vielen, vielen Seiten dieser Ausgabe verursachten (danke!!):
AStA - Referate,
Sven Dubbert,
Thilo Eckhost,
Egil (Deinen Nachnamen weiß ich leider nicht...)
Fachschaft Medizin,
Alexander Fein,
Oliver Hoffmann,
Michael Karenfort,
Karsten Langenberger,
ein fleißiges Liesschen (wo gibt's denn so 'was?),
Ingo Meßer,
Christoph Ochsenfahrt,
Karsten Schönebeck,
Jens Schulze,
Dirk Verges,
einige unserer Redakteure
und hoffentlich niemand, der vergessen wurde (wenn doch - sorry!)

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder und unterliegen inhaltlich der Verantwortung ihrer Autoren.

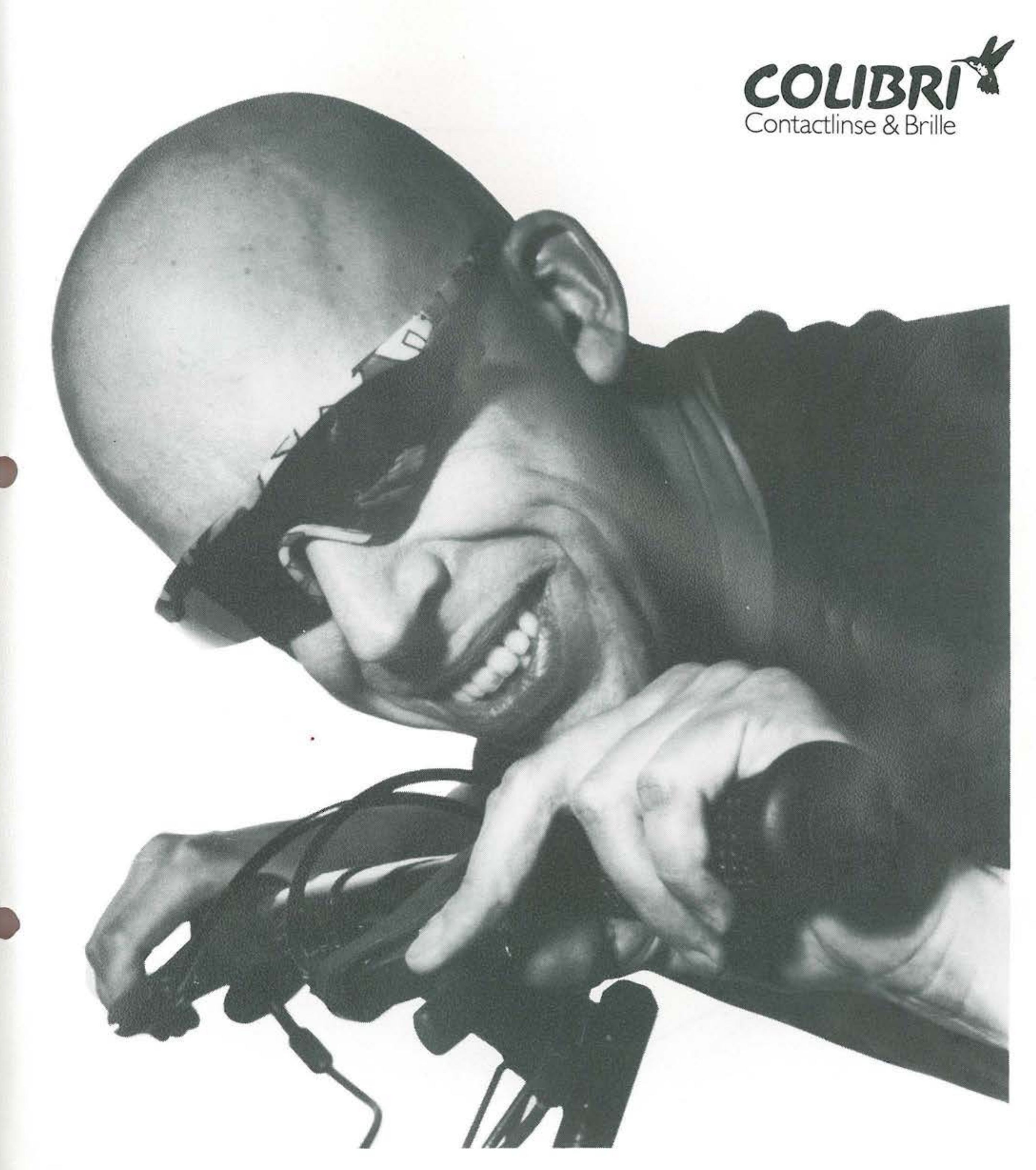
Die Redaktion behält sich vor, Artikel zu kürzen. Über die Zusendung von Artikeln oder anderen Beiträgen freuen wir uns, ein Recht auf Veröffentlichung besteht aber nicht.

Wir danken allen Inserenten und allen Autoren für ihre Mitarbeit und wünschen ein glückliches, erfolgreiches Neues Jahr.

Erscheinungsweise: einmal im Semester
Auflage: 700 Exemplare
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom April 1993
Redaktionsschluß für die Ausgabe Nr.'4 ist der 15.05.94, Erscheinungsdatum der 15.06.94.

Druck:
Volker Hinzke GmbH,
Große Gröpelgrube 21/23
23552 Lübeck
Tel.: 0451/70202

Redaktions - und Anzeigenanschrift:
Redaktion **Die Bauchpresse**
im AStA-Pavillon 24 der Med. Uni Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23564 Lübeck
Tel./Fax: 0451/500 3059


COLIBRI
Contactlinse & Brille

